



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

GUSTAVO PALMARES GOMES DA COSTA

**HANSENÍASE TEM ENDEREÇO E CLASSE SOCIAL: AS CONDIÇÕES
SANITÁRIAS E EPIDEMIOLÓGICAS NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

RIO DE JANEIRO

2014

GUSTAVO PALMARES GOMES DA COSTA

**HANSENÍASE TEM ENDEREÇO E CLASSE SOCIAL: AS CONDIÇÕES
SANITÁRIAS E EPIDEMIOLÓGICAS NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO DAS
POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade Federal
do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Profª Dra. Gláucia Lelis Alves

RIO DE JANEIRO - RJ

2014

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentada como requisito necessário para
a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.**

GUSTAVO PALMARES GOMES DA COSTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em ____/____/____

PROF.^a Dr.^a GLÁUCIA LELIS ALVES (ESS-UFRJ)

ORIENTADORA PRESIDENTE DA BANCA

1º EXAMINADOR(A)

PROF.^a Ms. LEILE SILVIA CÂNDIDO TEIXEIRA (ESS-UFRJ)

2º EXAMINADORA(A)

PROF.^a. DR.^a. MARILÉIA FRANCO MARINHO INOUE FRANCO (ESS-UFRJ)

A desigualdade na saúde é a pior desigualdade. Não existe pior desigualdade do que saber que vai se morrer, antes, porque se é pobre.

Frank Dobson

Com amor e carinho, dedico este trabalho à minha mãe Edila, ao meu irmão
Guilherme, ao meu pai Carlos e à mais nova integrante da família Palmares, minha
sobrinha Giovanna.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo quero agradecer a Deus pela minha vida e pela oportunidade de conquistar a minha primeira graduação com todos os obstáculos. Sem Ele nada é possível.

À minha família, especialmente para a minha mãe que me apoiou em todos os momentos da minha vida, e que me ajudaram a chegar à universidade, sem você não conseguiria nada.

À minha tia Neuzimar Palmares pelo apoio de sempre e pela minha admiração.

A minha namorada e amiga Ana Cláudia que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis. Presente de Deus em minha vida. Amo-te minha princesa!

Aos meus professores, pelo apoio e incentivo em continuar nessa árdua missão de conquista de conhecimento.

Em especial ao professor Carlos Eduardo Montañó, pela dedicação e humildade na condução do PETSS.

À professora, amiga e orientadora Gláucia Lelis pelas conversas e incentivo, por acreditar sempre no meu potencial.

À professora Mariléia Inoue pelo carinho de sempre!

À professora Leile Silvia pelo incentivo em dedicar-me a essa temática.

A minha amiga e supervisora de estágio Elen Regina de Oliveira por fazer parte do momento mais importante na minha formação profissional.

À professora Maria Kátia Gomes pela oportunidade ímpar de participar do projeto de extensão (des) Mancha Brasil o qual foi decisivo na escolha

A todos meus amigos que ao longo da graduação alegraram a minha vida!

RESUMO

COSTA, Gustavo Palmares Gomes. **Hanseníase tem endereço e classe social: as condições sanitárias e epidemiológicas no contexto da precarização das políticas de Seguridade Social no Brasil.** Rio de Janeiro, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Sociais, Escola de Serviço Social.

Este trabalho tem como objetivo discutir sobre as condições sanitárias e epidemiológicas no contexto de precarização das políticas de Seguridade Social no Brasil, enfatizando que a hanseníase é uma doença negligenciada, ou seja, está diretamente relacionada com a desigualdade social e nas condições de vida das populações. Além da hanseníase, existe uma diversidade de doenças classificadas como negligenciadas, por exemplo, a tuberculose, o HIV, a doença de Chagas, a esquistossomose, a leishmaniose e a malária. Tais doenças prevalecem em locais extremamente pobres, com condições precárias de saneamento básico, habitação, alimentação, emprego e renda, acesso aos serviços de saúde, dentre outros aspectos. Essas doenças integram o debate sobre os determinantes e iniquidades sociais em saúde. No Brasil a hanseníase é considerada como um grave problema de saúde pública, pelo seu potencial incapacitante para o trabalho e vida social. No ano de 2011 foi elaborado um plano nacional de eliminação da hanseníase e outras doenças, determinando a eliminação da doença até no ano de 2015, alcançando a marca de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes em todo território brasileiro.

Palavras-chave: Hanseníase – Saneamento básico – Seguridade Social

ABSTRACT

COSTA, Gustavo Palmares Gomes. **Leprosy has address and social class: the sanitary and epidemiological conditions in the context of precarious social security policies in Brazil.** . Rio de Janeiro, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Sociais, Escola de Serviço Social.

This paper aims to discuss sanitary and epidemiological conditions in the precarious context of social security policies in Brazil, emphasizing that leprosy is a neglected disease, that is, is directly related to social inequality and the conditions of living. In leprosy there are a variety of diseases classified as neglected, for example, tuberculosis, HIV, Chagas disease, schistosomiasis, leishmaniasis and malaria. Such diseases are prevalent in extremely poor places with poor sanitation, housing, food, employment and income, access to health services, among other things. These diseases are part of the debate on the determinants and social inequities in health. In Brazil, leprosy is considered a serious public health problem because of its disabling potential for work and social life. In 2011 was draw up a national plan of elimination of leprosy and other diseases, determining the elimination of the disease by the year 2015, reaching the mark of less than 1 case per 10,000 inhabitants throughout Brazil.

Key Words:Leprosy - Sanitation - Social Security

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSEH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HD	Hanseníase Dimorfa
HI	Hanseníase Indeterminada
HT	Hanseníase Tuberculóide
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HV	Hanseníase Virchowiana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado

MORHAN	Movimento de Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organizações Sociais
PB	Paucibacilar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PQT	Poliquimioterapia
PSE	Programa Saúde na Escola
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. A situação da hanseníase em seis países endêmicos em 2000.....	46
Quadro 2. Classificação das formas clínicas da hanseníase.....	51
Quadro 3. Critérios de Graduação da força muscular.....	52
Tabela 4. Orçamentário do Plano Integrado.....	59
Tabela 5. Escolaridade dos pacientes acometidos pela hanseníase do município de Nova Iguaçu/RJ.....	77
Tabela 6. Grandes Grupos de Ocupações de pacientes acometidos pela hanseníase do município de Nova Iguaçu/RJ.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral do Brasil - 1990 a 2008.....	65
Gráfico 2. Coeficiente de detecção geral de casos novos por 100 mil habitantes. Brasil e estados- 2013.....	67
Gráfico 3. Coeficiente de detecção de casos novos em 27 municípios do Estado do Rio de Janeiro 2013.....	69
Gráfico 4. Coeficiente de detecção em menores de 15 anos em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro– 2013.....	70
Gráfico 5. Municípios com mais de 10% de casos com grau 2 de incapacidade no diagnóstico em municípios do Estado do Rio de Janeiro em 2013.....	71
Gráfico 6. Domicílios com acesso à rede de esgotamento sanitário por regiões.....	72
Gráfico 7. Percentual de domicílios atendidos por rede geral de esgoto no ano de 2008.....	74
Gráfico 8. Percentual de domicílios atendidos por rede geral de esgoto (2008) x Coeficiente de detecção de casos novos por 100 mil habitantes (2013)	75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO I	
As Tendências da Seguridade Social no Brasil.....	20
1.1. A <i>crise</i> do capital e o Projeto Neoliberal no Brasil.....	20
1.2. A contra reforma da Previdência Social.....	33
1.3. A implementação do SUAS no neoliberalismo.....	35
1.4. A privatização do Sistema Único de Saúde.....	38
CAPÍTULO II	
Políticas Sociais e Hanseníase.....	41
2.1. As garantias Constitucionais e legais na saúde-marcos regulatórios para o enfrentamento da hanseníase	41
2.2. A hanseníase como problema de saúde pública no Brasil e no mundo.....	45
2.3. Características da hanseníase.....	47
2.4. A Política de enfrentamento da hanseníase.....	53
CAPÍTULO III	
Determinantes sociais em saúde e indicadores.....	60
3.1.O debate sobre os determinantes sociais em saúde.....	60
3.2. A hanseníase tem “endereço” e “classe social”: a distribuição da doença no Brasil e nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.....	63
3.2.1. Saneamento Básico no Brasil.....	71
3.2.2.Dados sócio demográficos de pacientes acometidos pela hanseníase no município de Nova Iguaçu.....	76

3.2.3. Percepções sobre os pacientes atendidos pelo Programa de Hanseníase do HUCFF/UFRJ.....	78
3.3. Os rebatimentos do neoliberalismo na garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase.....	81
4. Considerações Finais.....	83

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir a relação entre as condições de saneamento básico e as desigualdades sociais com os indicadores de hanseníase no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro no contexto do neoliberalismo e precarização das políticas de Seguridade Social. O interesse pelo objeto de estudo se deu através da minha experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ (HUCFF/UFRJ). No qual tive a oportunidade de integrar o Projeto de Extensão (des) Mancha Brasil, no qual participo de ações para o controle/erradicação da hanseníase.

Além das atividades do Projeto de Extensão, participei enquanto estagiário das atividades do Programa de Hanseníase do HUCFF, dentre elas o atendimento aos pacientes e as reuniões do Grupo de Autocuidado, no qual participei durante os dois anos de estágio obrigatório.

O Grupo de Autocuidados em Hanseníase foi fundamental para conhecer com mais profundidade a realidade de vida dessas pessoas, conhecendo suas experiências de vida, as formas de lidar com o preconceito e a discriminação. Por esses e outros motivos optei por me dedicar a este objeto de estudo e devolver parte dos meus conhecimentos a este grupo de pessoas oprimidas pela falta de conhecimento e desigualdades sociais.

As atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão têm como objetivos a busca ativa de novos casos de hanseníase e ações educativas, desenvolvendo as seguintes ações (visitas domiciliares, ações educativas nas escolas públicas e nos

ambulatórios, seminários sobre a temática, reuniões semanais com os coordenadores e alunos e a participação em campanhas de saúde. O Projeto é coordenado por uma médica dermatologista, integrando alunos de diversas áreas da saúde, dentre elas: Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia. A diversidade dos saberes integrada ao Projeto foi fundamental para a minha formação enquanto profissional, no sentido de aprender a trabalhar com os diferentes posicionamentos profissionais sobre a temática.

Após dois anos de estágio obrigatório e de participação no projeto de extensão universitária no período compreendido entre 2011-2014, chamaram-me a atenção as condições de vida dessas pessoas para aprofundar os estudos nessa temática. Nesse período realizei trabalhos acadêmicos sobre a Política Nacional de Controle da Hanseníase substituída pelo atual *Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015*.

Apresentei trabalhos em seminários acadêmicos, congressos e simpósios referentes à temática e de uma pesquisa em andamento com pesquisadores associados ao Grupo de Pesquisa em Hanseníase do HUCFF, o qual tem produzido um vasto e rico conhecimento sobre o assunto.

Ao final do estágio curricular obrigatório, optei por escrever o meu Trabalho de Conclusão de Curso sobre a hanseníase, pelo acúmulo de informações e conhecimentos sobre o tema e incentivo da equipe do Programa de Hanseníase do HUCFF.

Para empreender a análise das condições de saneamento básico e as desigualdades sociais e estabelecer a relação com os indicadores de hanseníase no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, buscamos desenvolver uma pesquisa quanti-qualitativa, de caráter exploratório, em fontes de pesquisa empírica de dados secundários, pautadas em indicadores produzidos pelo IBGE e dados da Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro.

A análise dos dados pautou-se pelo estudo teórico-bibliográfico referente a categorias tais como: relação Estado-sociedade civil, neoliberalismo (Antunes, Harvey, Iamamoto, Montaño, Netto), política social (Mota, Teixeira, Viana, Iamamoto), bem como conceitos de determinantes sociais da saúde, hanseníase, endemias, entre outros. Os indicadores sociais que contribuíram para a pesquisa foram referentes às condições de saneamento básico/esgotamento sanitário no Brasil, coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase (por municípios mais endêmicos), perfil sócio demográfico da população acometida por hanseníase em Nova Iguaçu (a escolha dessa região no município do Rio de Janeiro tem relação direta com a disponibilidade de dados sobre a hanseníase do município; outro dado importante é que a escolha justifica-se pelo município de Nova Iguaçu ser considerado endêmico em número de casos).

Para melhor explicitação do tema, este trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro aborda de forma resumida o processo de substituição do modelo de produção fordista e do pacto keynesiano pelo modelo flexível de acumulação e pelo projeto neoliberal. Além desse processo, abordamos o fenômeno da reestruturação produtiva e os seus impactos para a classe trabalhadora. É abordado as principais mudanças nas políticas de assistência, previdência e saúde, integrantes da Seguridade Social.

No segundo capítulo analisamos as garantias constitucionais sobre a política de saúde no Brasil, as legislações referentes às pessoas acometidas pela hanseníase, seu panorama no Brasil e no mundo, as principais características sobre a doença e por último uma análise detalhada sobre O Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015.

Por fim, no último capítulo, elaboramos uma análise dos indicadores da doença no Brasil e no estado do Rio de Janeiro, apresentando dados sobre a cobertura do serviço de esgotamento sanitário no Brasil e nos estados, e também o resultado do cruzamento entre a cobertura do serviço de esgotamento sanitário pelo coeficiente de casos novos de hanseníase em todos os estados do país. Ainda neste capítulo citamos alguns dados de uma dissertação de mestrado, sobre as condições sócio demográficas de pessoas acometidas pela hanseníase no município de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro. Escolhemos esse município por ser considerado endêmico para casos da doença. Finalizamos o terceiro capítulo apresentando algumas percepções sobre os pacientes atendidos pelo Programa de Hanseníase do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e sobre as visitas domiciliares realizadas no período do Projeto de Extensão.

CAPÍTULO I

As Tendências da Seguridade Social no Brasil

Neste capítulo pretendo evidenciar o atual cenário da Seguridade Social¹ no Brasil e as transformações empreendidas nas relações de *trabalho*, reformuladas pela Reestruturação Produtiva. As reformas na Seguridade Social e no Trabalho fazem parte de uma ampla estratégia de enfrentamento e/ou superação da atual *crise estrutural do capital*².

Este capítulo é fundamental para entendermos os fundamentos que propiciaram a contrarreforma da Seguridade Social, a Reestruturação Produtiva e a atuação do Estado no contexto neoliberal, alterando significativamente a vida da classe trabalhadora. Avaliamos importante a discussão deste capítulo, pela centralidade das políticas de Seguridade Social na vida das pessoas acometidas pela hanseníase. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a responsabilidade em construir medidas de controle das doenças em eliminação, através da Vigilância Epidemiológica e Sanitária e na elaboração de políticas e planos de eliminação das mesmas. A previdência e a Assistência Social têm um papel fundamental no processo saúde-doença, com a garantia de benefícios sociais no atendimento as demandas das pessoas acometidas pela doença, principalmente pelo seu poder incapacitante para o trabalho.

¹ Constituição Federal de 1988: Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

² Segundo Meszáros (1998): "Vivemos na era de uma crise histórica sem precedentes. Sua severidade pode ser medida pelo fato de que não estamos frente a uma crise cíclica do capitalismo mais ou menos extensa, como as vividas no passado, mas a uma crise estrutural, profunda, do próprio *sistema do capital*. Como tal, esta crise afeta — pela primeira vez em toda a história — o conjunto da humanidade, exigindo, para esta sobreviver, algumas mudanças fundamentais na maneira pela qual o metabolismo social é controlado.

1.1. A crise do capital e o Projeto Neoliberal no Brasil

Nesse sentido trataremos de contextualizar os antecedentes históricos que resultaram na efetivação do Projeto Neoliberal no Brasil no processo de contra reforma da política de Seguridade Social. Para contextualizar esse processo, citamos dois autores que abordam esse contexto.

De acordo com Antunes (2003) e Montañó e Duriguetto (2011)³, há um conjunto de fenômenos e processos que canalizaram na crise do modelo Taylorista/Fordista e do Keynesianismo e na instauração do Modelo de Acumulação Flexível.

- Há uma crise estrutural do capital ou um efeito depressivo profundo que acentuam seus traços destrutivos;
- Deu-se o fim do Leste Europeu, onde parcelas importantes da esquerda se social-democratizaram;
- Esse processo efetivou-se num momento em que a própria social-democracia sofria uma forte crise;
- Expandia-se fortemente o projeto econômico, social e político neoliberal. Tudo isso acabou por afetar fortemente o mundo do trabalho, em várias dimensões. (ANTUNES, 2003, p. 180)

Entre os autores citados percebemos alguns aspectos em comum em suas análises, dentre eles a crise do Leste Europeu (bloco soviético), a crise estrutural do capital e os impactos no mundo do trabalho e nas lutas de classes. Dentre os fenômenos citados, cabe ressaltar para a análise desta pesquisa, principalmente a crise do modelo de regulação keynesiano e do modelo de produção taylorista/fordista.

³ Segundo Montañó e Duriguetto (2011): o surgimento e expansão dos “Tigres Asiáticos”, o modelo industrial toyotista e a “crise do fordismo”; a Crise capitalista mundial; a financeirização do capital e a “crise do modelo de regulação keynesiano”; a crise do bloco soviético, o que deriva em dois outros processos; a constituição de um mercado capitalista mundial (“globalização” ou mundialização do capital”; eos impactos nas lutas de classes. (Montañó e Duriguetto, 2011, p.181)

O modelo de produção fordista/taylorista se estendeu por praticamente todo o século XX, tendo seu auge entre os anos de 1950 e 1970. Este modelo de produção, baseado na produção em massa para o consumo de massas, se desenvolveu inicialmente nos Estados Unidos, com o objetivo de reverter a Grande Depressão da economia mundial que se iniciou em 1929, com o “*crack*” da Bolsa de Valores de Nova York. Esta crise propiciou uma redução da demanda efetiva ou subconsumo, a queda da taxa de lucro, o desemprego em massa e a diminuição da renda da população.

O pensamento fordista surgiu com a implantação de uma forma diferenciada de produzir automóveis, na empresa automobilística do empresário Henry Ford. Este modelo de produzir se pautava nas seguintes características:

Uma linha rígida de produção articulava os diferentes trabalhos, tecendo vínculos entre as ações individuais das quais a esteira fazia as interligações, dando o ritmo e o tempo necessários para a realização das tarefas. Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução. (ANTUNES, 1999. p.37)

O modelo de produção fordista se efetivou como uma alternativa de superação da crise de 1929, alterando radicalmente as relações de produção e de consumo em escala mundial e formando um novo perfil de trabalhador, impondo o padrão de *8 horas de trabalho e 5 dólares*. Para melhor caracterizar essa “revolução” no modo de produção capitalista, cabe destacar a seguinte passagem de Harvey:

O que havia de especial em Ford era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que produção de massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de

controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista. (HARVEY, 1989, p.121)

O pleno triunfo do modelo de produção fordista se processou entre o 2º pós-guerra e a crise do petróleo de 1973, em conjunto com as intervenções do chamado *pacto keynesiano*. A articulação entre o modelo de produção fordista e o pacto keynesiano é caracterizado como o Regime de Acumulação Fordista /Keynesiano, um período único na história do capitalismo mundial, conhecido como as “três décadas gloriosas” ou “anos dourados” do capitalismo, idealizadas por John Maynard Keynes, pelo crescimento exponencial da economia em escala mundial.

O *pacto keynesiano* consistiu na alteração radical das funções do Estado, antes orientado pelo liberalismo econômico clássico “*laissez-faire*” – o Estado não interfere na economia –e com Keynes, o Estado executa políticas sociais, políticas de pleno emprego e paulatinamente a garantia de direitos civis e políticos.

Segundo Montaño e Duriguetto (2011), o “novo Estado” passa a exercer três tipos de funções:

1) *a criação das condições gerais de produção* (meios de transporte, de comunicação, de serviço postal, legislação civil, constituição de um mercado e de um sistema monetário nacionais, desenvolvimento de um sistema educacional); 2) *a repressão às ameaças ao modo de produção e acumulação* (exército, polícia, sistemas judiciário e penitenciário) 3) *a integração das classes subalternas e a legitimação da ordem* (mediante o desenvolvimento da lógica vinculante da democracia) e a reprodução ideológica da classe hegemônica (através da educação, cultura e meios de comunicação dos serviços sociais) (Montaño e Duriguetto, 2011, p.162)

Cabe destacar que a implementação das políticas provenientes do Keynesianismo, ou Estado de “Bem-Estar” (*Welfare State*), não se deu pela “boa

vontade” do capital para melhorar as condições de vida da classe trabalhadora, mas para restabelecer as taxas de lucro das indústrias, a saída da crise econômica mundial e diminuir o desemprego.

Nesse sentido, no contexto da Guerra Fria, entre os anos de 1933 e 1937, após o “*crack*” da Bolsa de Valores de Nova York, os Estados Unidos, no governo do presidente Roosevelt, o Estado norte americano, mediante um acordo entre o governo e o congresso conhecido como “New Deal”, passa a exercer diversas funções na economia, entre essas “novas funções” destacam-se pela criação de políticas de proteção aos trabalhadores (previdência social, programas de “ajuda social”, seguro-desemprego, redução da jornada de trabalho, criação de pensões, regulação de sindicatos e a criação de diversas leis trabalhistas).

Além desses “benefícios” aos trabalhadores, o Estado passou a investir em obras de infraestrutura, como por exemplo, na construção de estradas, portos, aeroportos, urbanização, com objetivo de ampliar a circulação de mercadorias no país e aumentar as ofertas de emprego.

As políticas do Estado de “Bem-Estar” Social ou *Welfare State* foram executadas de forma completa, apenas nos países de capitalismo central, nos países de capitalismo periférico, verificam-se algumas medidas pontuais, principalmente na legislação trabalhista.

O pacto keynesiano e o modelo de produção taylorista/fordista, foram fundamentais para reverter a crise do capital até o início da década de 1970, com a alta dos preços do petróleo, determinada pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP). A partir daí, o modelo de produção taylorista/fordista, começava a dar sinais de esgotamento.

Com a crise do petróleo de 1973, os “anos dourados” do capitalismo estava chegando ao seu fim, e novamente o capital necessitava de uma nova saída para reverter a queda das taxas de lucro e mais uma crise. Nesta conjuntura de recessão, o *pacto keynesiano*, deveria ser substituído por mecanismos que possibilitassem a retomada do crescimento econômico. Tais mecanismos podem ser compreendidos na passagem de Montañó e Duriguetto:

a) a criação de áreas de superlucros fora da superprodução e do subconsumo (fundamentalmente via privatizações de empresas estatais); b) a extrema centralização do capital, acentuando o domínio dos monopólios no mercado (particularmente via fusões); c) a redução dos custos de produção para o capital – com o trabalho (via subcontratação, reforma da previdência, flexibilização das leis trabalhistas, recortes do financiamento estatal na área social etc.) e com custos gerais da produção / comercialização (fundamentalmente via reforma tributária, abertura de fronteiras dos Estados nacionais para a circulação de mercadorias, automação, reengenharia etc.). (Montañó e Duriguetto, 2011 p.192.)

No contexto da crise de 1973, o *pacto keynesiano*, começa a ser substituído nos países de capitalismo central, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos, nos governos de Thatcher e Reagan respectivamente. O regime de acumulação denominada como rígida (taylorista-fordista) de base keynesiana é gradativamente substituído pelo Regime *Acumulação Flexível*⁴ e pelo Projeto Neoliberal. Esse novo projeto de organização se fundamenta em três sustentáculos: **1) a ofensiva contra o trabalho; 2) a reestruturação produtiva e 3) (contra) reforma do Estado**. O Projeto ou Ajuste Neoliberal, assim denominado por diferentes autores rompe gradativamente com o pacto keynesiano, portanto com as conquistas da classe trabalhadora (leis trabalhistas, organização sindical, políticas sociais).

⁴ Segundo Harvey (1992): [...] é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1993, p.140)

A *reestruturação produtiva* se caracteriza por um conjunto de transformações no âmbito das relações de trabalho e produção, incorporada as novas estratégias do projeto neoliberal. Dentre essas transformações estão incluídos os avanços técnico-científicos na produção, aumentando a produtividade e diminuindo a demanda de trabalho vivo. O desenvolvimento das forças produtivas se deu, sobretudo com a introdução dos recursos da informática, da robótica e da microeletrônica (terceira revolução tecnológica).

Além da introdução das inovações no âmbito da produção, os trabalhadores são submetidos a novas exigências no mercado de trabalho, dentre elas uma qualificação profissional mais especializada, e a capacidade de exercer múltiplas tarefas na mesma função, ou seja, um trabalhador *qualificado e polivalente*⁵. Em contrapartida a essas novas exigências, os trabalhadores inaptos as novas qualificações ficam à margem dos postos de trabalho que oferecem o mínimo de segurança e garantias sociais.

Com isso temos uma pequena parcela de trabalhadores extremamente qualificada às novas exigências do mercado de trabalho e uma massa de trabalhadores nos postos de trabalho mais precarizados. Esses trabalhadores inaptos aos postos de trabalhos altamente qualificados são absorvidos em atividades informais, sem a proteção da lei, no mercado de trabalho, empresas de terceirização de serviços com vínculos empregatícios precarizados (sem garantias sociais, desprotegido, desregulamentado, baixos salários e alta rotatividade).

⁵Segundo Iamamoto (2011) [...] o trabalhador polivalente, aquele que é chamado a exercer várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário, como consequência do enxugamento do quadro de pessoal das empresas. (IAMAMOTO, 2011, p. 32)

Quanto às relações de trabalho impostas pela reestruturação produtiva, verifica-se um amplo processo de desregulamentação das leis trabalhistas, a subcontratação e as contratações temporárias. Essas novas formas de contratação estão associadas ao regime de “*flexibilização*” das relações de trabalho, com o argumento de aumentar as oportunidades de emprego e por outro lado diminuir os custos dos empregadores com a força de trabalho. Segundo Montañó e Duriguetto (2011), **os impactos dessas transformações sobre a força de trabalho são devastadores, produzindo o chamado *desemprego estrutural*.**

São mudanças trágicas para a classe trabalhadora, rompendo com o “pacto keynesiano”, com as políticas de pleno emprego e com os direitos trabalhistas. Dessa forma grande parte de trabalhadores perderam seus postos de trabalho, aumentando a pobreza e as expressões da “questão social”⁶. Como mecanismos de sobrevivência, o mercado informal de trabalho cresce substantivamente nesse contexto.

No que tange a *contra reformado Estado*, como uma das estratégias do projeto neoliberal, tem como fundamento a escassez de recursos estatais, principalmente devido aos excessivos gastos com as políticas sociais, gerando um gigantesco *déficit* público (crise fiscal⁷). Nesse sentido, o *ajuste neoliberal*, pretende minimizar os gastos do Estado com as políticas sociais, entendidas como a causa desta crise fiscal. Segundo Netto e Braz (2008):

⁶ De acordo com Iamamoto (2011): Questão Social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (Iamamoto, 2011, p. 27)

⁷ Sobre a crise do “*Estado de Bem-Estar Social*” há diversas interpretações que a concebem como uma crise particular: para Habermas (1980) é uma “crise de legitimidade do capitalismo tardio”, para Rosanvallon (1997) é uma “crise do Estado-providência”, no Brasil, Bresser Pereira (1998) a entende como “crise fiscal”, “crise de governança” e “crise no modo de administração estatal”. (Montañó e Duriguetto, 2011, p.202)

[...] o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra reforma perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco **processo de contra-reforma(s)**, destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais. (Netto e Braz, 2008, p.227)

A contra reforma do Estado é entendida como um processo de desmonte de direitos sociais, concebidos como “gastos supérfluos” do Estado, incidindo de forma mais trágica na política de Seguridade Social no Brasil (Reforma da Previdência Social e precarização da Assistência Social). O ajuste neoliberal pretende minimizar o Estado, efetivando políticas sociais precarizadas e focalizadas. Podemos perceber a focalização das políticas sociais nos atuais programas de combate a pobreza extrema (Programa Bolsa Família), com a utilização de critérios de elegibilidade que contemplam as pessoas mais pobres da população, se opondo aos princípios da universalidade. Nesse sentido, Iamamoto (2011) explicita sobre as ações filantrópicas promovidas por organizações empresariais:

Nos programas e projetos mantidos por organizações empresariais privadas, a ênfase recai sobre a qualidade a qualidade dos serviços prestados. Esses, entretanto, passam a ser seletivos estabelecidos conforme escolhas e prioridades das corporações em suas ações “filantrópicas”, em detrimento da garantia da universalidade no acesso, tal como o previsto pela Constituição vigente no país. (Iamamoto, 2011, p. 43)

Em consonância com a precarização e focalização das ações do Estado nas políticas sociais, assistimos um apelo pela valorização dos serviços sociais executados pela sociedade civil, vistos como uma solução para os serviços oferecidos pelo Estado, concebidos como precários e insuficientes para o atendimento da população, nesse sentido o Estado incentiva a parceria com as

organizações não governamentais, e organizações filantrópicas, para preencher o vazio deixado pelas reformas do Estado.

A efetivação das medidas do projeto neoliberal no Brasil se iniciou na década de 1990, nos governos de Collor e FHC, marcada por várias privatizações de importantes empresas estatais, como por exemplo, a Vale do Rio Doce, Light, Embratel entre outras. Em 1989, ocorreu uma reunião entre os principais organismos internacionais (FMI, BID, Banco Mundial), para impor uma série de recomendações econômicas para a América Latina, esse encontro ficou conhecido como o *Consenso de Washington*, dentre as recomendações definidas nesse encontro, destacam-se 10 “orientações”:

- 1) disciplina fiscal, 2) **redução dos gastos públicos**, 3) reforma tributária,
- 4) juro de mercado, 5) regime cambial de mercado, 6) abertura comercial,
- 7) eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro, 8) **privatização**,
- 9) desregulamentação de leis trabalhistas e 10) institucionalização da propriedade intelectual. (Montaño e Duriguetto, 2011, p. 211. grifos nossos)

Os ajustes neoliberais no Brasil foram aplicados em um contexto de redemocratização política, e principalmente na aprovação da atual Constituição Federal de 1988, expressão das lutas da classe trabalhadora por cidadania e garantias por direitos sociais e políticos. Ou seja, todas as conquistas consagradas na Constituição de 88, são consideradas como incompatíveis pelo projeto neoliberal em curso no país, e por isso devem ser reformuladas.

Com a aprovação da Constituição de 1988, o Brasil estabelece um pacto social com a sociedade, nos moldes do Estado de “Bem-Estar” Social, mesmo que tardiamente, comparado aos países de capitalismo central. De acordo com José

Paulo Netto, em “O desmonte da nação” (1999), o autor realiza uma avaliação do que representou a aprovação da Constituição de 1988:

Neste sentido, o essencial da Constituição de 1988 apontava para a construção – pela primeira vez assim posta na história brasileira – de uma espécie de Estado de bem-estar social: não é por acaso que, no texto constitucional, de forma inédita em nossa lei máxima, consagram-se explicitamente, como tais e para além de direitos civis e políticos, os *direitos sociais* (coroamento, como se sabe, da *cidadania* moderna). Com isto, colocava-se o arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira, uma *política social* compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade. (Netto in Lesbaupin, 1999, p. 77)

Embora o país experimentasse pela primeira vez na sua história o chamado Estado de Bem-Estar Social, com a garantia dos direitos sociais no plano jurídico-político. A conjuntura econômica e política do capitalismo pressionavam os países de capitalismo periférico, em reformular os investimentos nas políticas sociais em todas as esferas (Educação, Saúde, Assistência Social, Previdência entre outras). Com isso posto, o Brasil dá início as recomendações dos *organismos financeiros internacionais*, além das privatizações citadas anteriormente, as reformas da Previdência Social e o fomento das políticas redistributivas e focalizadas na população mais pobre, com o estabelecimento de critérios de elegibilidade excludentes, e negando o princípio da universalidade.

É nesse contexto que as políticas da Seguridade Social estão sendo conduzidas desde a aprovação da Constituição Federal de 1988, permeadas de contradições e impasses entre as políticas.

As contra reformas nas políticas da Seguridade Social foram possíveis através da conquista da hegemonia política das classes dominantes no Brasil, utilizando diversas estratégias e argumentos para alcançar o consenso entre as

classes. Sobre esses argumentos utilizados pelas classes dominantes, a cientista política Maria Lúcia Werneck Vianna, em seu artigo intitulado “As armas secretas que abateram a seguridade social (2003), analisa três mitos desenvolvidos pelo projeto neoliberal para implantar as “reformas na política de Seguridade Social no Brasil. Os mitos analisados pela autora são: (1) Despolitização: o mito da supremacia técnica; (2) Naturalismo: a ficção do esgotamento vital, e (3) Maniqueísmo: a falácia da reforma estrutural.

Segundo a autora, o mito da “despolitização” está relacionado com o enfoque técnico dado a Seguridade Social, valorizando os números e simulações, impedindo dessa forma a apropriação e a discussão entre os trabalhadores. Na citação abaixo a autora explicita sobre o primeiro mito.

O mais sutil e profundo ataque à Seguridade Social se manifesta através de sua despolitização. Perpassando o debate - e não só no Brasil, é claro - sobre política social, se instala o mito da supremacia do enfoque técnico. A seguridade social, como objeto de análise, é capturada por uma abordagem que enfatiza relações numéricas, simulações, variáveis organizacionais, etc. Termos como eficiência, custo, capitalização, substituem, no vocabulário dos especialistas, noções menos quantificáveis que antes se associavam estreitamente à proteção: integração social, solidariedade, bem-estar. (VIANNA, 1999, p.93)

O segundo mito, o “naturalismo”, é entendido como o natural esgotamento da Seguridade Social em decorrência das transformações econômicas mundiais.

Trocando em miúdos, trata-se de atribuir à Seguridade a condição de doente terminal, cujo ciclo de vida estaria se encerrando, talvez mais brevemente que o esperado - de todo modo teria que se encerrar um dia -, em função de inevitáveis transformações econômicas. A globalização dos mercados, a reestruturação das atividades produtivas, a desnacionalização do capital, estas forças da natureza, encurtaram o destino da seguridade. (VIANNA, 1999, p.102)

Por fim o terceiro mito, o “maniqueísmo”, se trata de uma crítica silenciosa sobre os tipos de sistemas de previdência social, legitimando o sistema de capitalização, em detrimento ao sistema de repartição. A autora explica o terceiro mito na citação abaixo.

As soluções para os problemas - supostos ou reais –são apresentadas como mutuamente excludentes. Ou se tem um sistema de um tipo ou se tem um sistema de outro tipo, e a superioridade de um sobre o outro se evidencia, naturalmente, através de fórmulas técnicas de eficiência e eficácia. Dois exemplos ilustram a falácia destas dicotomias: as oposições regime de repartição *versus* regime de capitalização e previdência pública *versus* previdência privada. (VIANNA, 1999, p.105)

Com base nessas e outras estratégias, a Seguridade sofreu mudanças significativas para a classe trabalhadora, principalmente para as pessoas com as rendas mais baixas, impossibilitadas de adquirir no mercado pelos serviços privados, tanto os serviços de saúde (planos de saúde), quanto os serviços complementares de aposentadoria (planos privados de previdência).

Nesse sentido, as políticas integrantes da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social foram sendo moldadas de acordo com os interesses dos organismos internacionais e pelo projeto neoliberal, com estratégias diferenciadas para cada uma delas, entretanto pautadas pelo mesmo objetivo, de liberalizar o setor privado para investir nessas áreas, principalmente na saúde e na previdência. Com mecanismos de precarização dos serviços públicos e de exaltação do setor privado, sempre afirmando que os serviços “estatais” são de má qualidade e os “privados” são excelentes, é criada uma clivagem entre o público e o privado, onde os serviços públicos são utilizados pelos cidadãos pobres e os serviços privados para os cidadãos que podem pagar pelo serviço (planos de saúde e previdência privada).

Outra estratégia essencial do projeto neoliberal é a progressiva transferência das responsabilidades do Estado para o terceiro setor⁸. Segundo a argumentação de Montaño, o “terceiro setor” pressupõe a existência de outros dois “setores”, a saber, o Estado (primeiro setor) e o Mercado (segundo setor). O terceiro setor é constituído por organizações da sociedade civil, dentre elas: as organizações não lucrativas e não governamentais, as ONGs, as atividades filantrópicas, ações solidárias e voluntárias. Essas instituições ganharam o respaldo do Estado, inclusive com a aprovação de um marco jurídico para regulamentar as ações destas. São entendidas como eficazes e eficientes por se localizarem mais próximos dos interesses da população usuária, entretanto a participação social nas decisões políticas nessas instituições é extremamente restrita.

Nos próximos tópicos deste capítulo trataremos resumidamente sobre as principais características das “reformas” em cada uma das políticas que compõem a Seguridade Social

1.2. A contra reforma da Previdência Social no Brasil

Na década de 1990, a Seguridade Social tornou-se o principal alvo das investidas do projeto neoliberal, com as chamadas “reformas” da Seguridade Social, entretanto na ótica da classe trabalhadora elas se configuram na verdade como contra reformas, por se tratar de significativos retrocessos nos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988.

⁸Segundo Montaño, entende-se por terceiro setor [...] numa *perspectiva crítica e de totalidade*, refere-se a um fenômeno real, ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais: um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de resposta à “questão social”, seguindo os valores da solidariedade local, da auto-ajuda e da ajuda mútua. (Montaño, 2010, p.186)

Cabe destacar que os ajustes neoliberais no Brasil foram implantados com o apoio das classes dominantes, através dos *aparelhos privados de hegemonia*. Fazendo o uso de argumentos falaciosos sobre a crise da Previdência Social e impondo para a classe trabalhadora uma “*cultura da crise*” Segundo Teixeira⁹ sobre as estratégias governamentais para a execução da contra- reforma da Previdência Social:

Na tentativa de construir a idéia de uma “crise da previdência”, posse em movimento uma sofisticada estratégia governamental, que – através de uma ampla utilização da mídia e com o apoio das elites – objetivou conquistar na sociedade civil a hegemonia ideológica necessária para referendar as chamadas “reformas”. Nesta estratégia, dois elementos relacionados entre si cumprem um papel fundamental: a idéia da ingovernabilidade e aquela de “reformas” que favoreçam o mercado. (TEIXEIRA, 2001, p. 53)

Conforme anunciado anteriormente, as “*reformas*” da Previdência Social estão vinculadas a estratégia neoliberal de redução dos gastos do Estado com as políticas sociais e de privatização. As principais alterações realizadas na política de Previdência Social foram as Emendas Constitucionais nº 20 (EC) aprovada no governo FHC. Tal emenda altera significativamente as regras para aposentadoria, tanto para os servidores públicos, regidos pelo Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), quanto para os trabalhadores regidos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS). As mudanças afetam principalmente as regras para a aquisição de aposentadoria.

Com as novas regras para a aquisição da aposentadoria, sobretudo no estabelecimento do teto dos benefícios, surgem diversas empresas ligadas

⁹ Andréa Maria de Paula Teixeira: Professora Assistente do Departamento de Política Social e Serviço Social Aplicado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Em seu artigo: Reforma e contra-reforma da Previdência Social no Brasil de hoje, 2001 – Revista Katálysis nº 5 jul./dez. 2001

principalmente aos bancos e ao sistema financeiro disponibilizando no mercado os planos de previdência privada, como seguros complementares das aposentadorias.

1.3. A implementação do SUAS no neoliberalismo

Por esse tópico busca-se ressaltar, brevemente, traçar alguns elementos contraditórios em relação à política de assistência social no contexto do neoliberalismo. A assistência social, historicamente, foi marcada pela filantropia, pela caridade e por ações da igreja católica no Brasil. As primeiras medidas de institucionalização da assistência no país se processaram no contexto de industrialização, na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas. Desde esse período a assistência é entendida como favor ou ajuda. Essa concepção somente se alterará a partir do final da década de 1980, pelos processos de mobilização dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil que culminaram na disputa, dentre outras, entre uma defesa da assistência social como direito social, e seu caráter filantrópico.

Somente com a aprovação da Constituição de 1988, no artigo nº 203 e na lei nº 8.742/93, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a assistência foi integrada a Seguridade Social e reconhecida como um direito social, garantido pelo Estado.

A assistência social, política integrante da Seguridade Social, também foi alvo dos ataques da ofensiva neoliberal, de acordo com Mota (2010), de forma contraditória em relação às outras políticas, entretanto, compondo a mesma estratégia. A autora organiza cinco tendências a respeito das políticas de Seguridade Social, das quais destacamos duas que se relacionam com a política de Assistência Social:

1. A regressão das políticas redistributivas, de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de “combate à pobreza” e de caráter seletivo e fragmentário. Esta tendência ampara, dentre outros aspectos, a afirmação e expansão da Assistência Social, seja ela pública ou privada.

2. Privatização e mercantilização de alguns serviços sociais, com a consolidação da figura do cidadão- consumidor de serviços, de que são exemplos os planos privados de saúde e o sistema de previdência complementar. Processo este que se dá concomitantemente à expansão dos programas sociais e de exceção, voltados para o cidadão-pobre, com renda abaixo da que é definida como linha da pobreza. Esta tendência pode ser indicativa do modo como o Estado, no leito do pensamento neoliberal, racionaliza o atendimento às demandas por proteção social que, num período de desemprego e precarização do trabalho, tendem a crescer. Ou seja: expulsa do acesso público os trabalhadores médio-assalariados, em face do sucateamento dos equipamentos, serviços e da redução de benefícios; e, sob o argumento da equidade, advoga a inclusão de novas frações da população. (Mota et al, 2010, p. 182)

A principal conquista da classe trabalhadora com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social foi a criação do Benefício de Prestação Continuada-BPC, que garante o pagamento de um salário mínimo para os idosos com mais de 65 anos e pessoas incapacitadas para o trabalho, com renda familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo.

A Assistência Social tem como caráter a proteção social, porém, com as novas tendências impostas pelo neoliberalismo, esta política assume a tarefa de enfrentamento da pobreza e das expressões da “questão social”. Esse caráter protetivo da Assistência é canalizado para o atendimento das pessoas que se encontram fora das atividades formais do mercado de trabalho e não contribuem para a Previdência Social, com a expansão dos Programas de Transferência Renda.

Portanto, fica candente que a afirmação da assistência social no Brasil, no campo dos direitos sociais e a sua recente expansão, vem sendo operada

via programas de transferência de renda. O esteio desta tendência foi a formulação do Programa Bolsa-Família, responsável atualmente por 11 milhões de famílias usuárias, no qual foram investidos cerca de R\$ 4,5 bilhões no ano de 2005, aproximadamente, 30% dos recursos do Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome – MDS (Sitcovsky in Mota, 2010, p. 158)

Nesse sentido, notamos que a Assistência Social reflete o processo de contra reforma das políticas de Seguridade Social no Brasil, assumindo um papel central com a função de garantir os mínimos sociais para as pessoas em condições de pobreza extrema e incapazes para o trabalho, além de amenizar as desigualdades sociais derivadas da má distribuição de renda do país.

A política de Assistência Social, além do papel de enfrentamento da pobreza, as políticas de transferência de renda geram um impacto na economia do país, podemos identificar alguns desses impactos na passagem de Sitcovsky¹⁰, com base na pesquisa do IBGE:

A política de assistência social via transferência de renda, tem se constituído um elemento de acesso a bens e serviços circunscritos no circuito de compra e venda de mercadorias. Os dados da PNAD 2006 sinalizam um crescimento no consumo de bens duráveis entre os usuários dos programas de transferência de renda. Telefone, geladeira, fogão e televisão estão entre os eletrodomésticos responsáveis pelo aumento do consumo entre os beneficiários. O acesso à infra-estrutura (abastecimento de água; esgotamento sanitário; coleta de lixo; iluminação elétrica; telefone) também registrou aumento, mas não representou uma melhora significativa nas condições de vida, a exemplo dos 53,7% dos beneficiários que não possuem esgotamento sanitário adequado (Sitcovsky in Mota, 2010, p. 155. Dados do IBGE, 2008)

Nesse sentido, podemos afirmar que a assistência social se apresenta como a alternativa do Estado em amenizar a pobreza extrema do país, devido às

¹⁰ Professor Assistente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

condições de exploração e dominação impostas pelo mercado/capital à classe trabalhadora que submetem condições aviltantes de sua reprodução por meio da renda do trabalho. Com isso posto a assistência, no contexto do projeto neoliberal, tem como estratégia atender os usuários incapacitados para o trabalho, a população pobre e os trabalhadores inseridos no mercado informal de trabalho. Nessa perspectiva, essa política exerce uma importante funcionalidade ideo-política e socioeconômica aos interesses do capital.

1.4. A privatização do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) integra o conjunto de políticas da Seguridade Social, pautada nos valores de universalidade, equidade e integralidade, garantida pela Constituição de 1988.

Partindo da mesma orientação que conduziu a contra reforma da Previdência Social, o SUS vem sofrendo mudanças significativas em seu marco constitucional. Após a instituição do SUS em 1990, com a aprovação das Leis Orgânicas nº 8.080 e 8.142 de 1990, tais garantias começam a ser alteradas durante o primeiro governo de FHC, com as diretrizes propostas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado pelo ministro Bresser Pereira.

As propostas elaboradas pelo (MARE), são frutos das orientações dos organismos internacionais aos países periféricos estabelecidas pelo Congresso de Washington. O fundamento destas reformas se pautava no princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Nesse sentido, o Estado deve transferir a sua responsabilidade de executor de políticas sociais para a sociedade civil ou para a iniciativa privada. Com

a justificativa de que tal transferência de responsabilidade traria uma melhor qualidade nos serviços prestados à população usuária, aumento da eficiência e menor custo para o Estado, este entendido como incapaz de prover os serviços de saúde, oferecendo serviços de péssima qualidade para a população usuária.

Nesse sentido, a proposta do Governo FHC para o SUS foi transferir a responsabilidade dos serviços de saúde para as entidades de “direito privado” e “sem-fins lucrativos, através de contratos de gestão com o Governo Federal, criando dessa forma as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), criadas respectivamente pelas seguintes leis: Lei 9.637/98 e 9790/99.

Essa estratégia elaborada no governo FHC, ao transferir as suas atribuições para as recém criadas organizações da sociedade civil, é entendida como um processo de privatização da saúde, se contrapondo as garantias estabelecidas na Constituição de 1988, onde a Saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Esse processo de privatização da saúde no Brasil soma-se ao sucateamento do SUS, com a gradativa queda nos investimentos na área. Podemos perceber melhor esse processo com os dados apresentados no artigo de Netto (2003), no livro “O desmonte da nação”, organizado por Ivo Lesbaupin, o autor mostra alguns dados sobre os investimentos na área da saúde, durante o primeiro mandato do Governo FHC.

Evolução dos recursos autorizados (em bilhões de reais)

1995.....	19.952
1996.....	18.583
1997.....	21.489
1998.....	19.101

Fonte: (Netto, José Paulo in O desmonte da nação. Balanço do Governo FHC - Ivo Lesbaupin (org.), 2003, p. 84)

Com a precarização da saúde, gerada pela queda nos investimentos no SUS, o processo de privatização ganha mais força política, além de impulsionar o crescimento das redes privadas de saúde.

Nessa atual conjuntura política de precarização do SUS e de fortalecimento do setor privado de saúde, temos uma clara divisão dos serviços entre as classes sociais. De um lado as classes populares, dependendo exclusivamente dos serviços do SUS, e por outro lado as classes médias e altas pagam pelos planos de saúde.

Outro aspecto importante da contra reforma do SUS é o processo de privatização dos hospitais universitários do país, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A criação desta empresa é a expressão do processo de privatização dos serviços de saúde nos hospitais universitários no Brasil. A EBSERH é uma empresa criada pública criada por lei, de personalidade jurídica de direito privado, e tem como objetivos a prestação de serviços gratuitos de assistência médica em todos os aspectos.

Ressalta-se que as dimensões do ideário neoliberal no campo da política social se expressam pela privatização, focalização e fragmentação. Como analisado, ainda que sumariamente, nesse capítulo. Elementos que desafiam o enfrentamento de doenças negligenciadas, como a Hanseníase, e que exigem um conhecimento totalizante, pois os processos de saúde-doença envolvem determinantes sociais, econômicos, culturais e, sobretudo, a garantia de políticas sociais que não reproduzam mecanismos compensatórios e privatizantes, dimensões a serem aprofundadas nos capítulos que seguem.

CAPÍTULO II

Políticas Sociais e Hanseníase

Neste capítulo pretendemos apresentar as principais políticas e leis referentes ao enfrentamento da hanseníase. Apresentado de forma sucinta as garantias constitucionais sobre a saúde e o Plano Nacional de Eliminação da hanseníase, além da discussão da doença como um grave problema de saúde pública no país e as suas características.

2.1. As garantias Constitucionais e legais na saúde– marcos regulatórios para o enfrentamento da Hanseníase

Após a discussão sobre as tendências do Trabalho e da Seguridade Social na contemporaneidade, pretendemos apresentar neste capítulo as garantias constitucionais sobre saúde, as características da hanseníase, e o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase e outras doenças.

Na Constituição de 1988, cabe destacar o artigo 196 e o artigo 198 e seus incisos, localizados na seção II, intitulado como “Da Saúde. O artigo 196 e o artigo 198 dizem o seguinte, na forma da lei:

Art.196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Estado afirma um compromisso com a população em garantir mediante políticas sociais e econômicas o direito ao acesso universal e igualitário à saúde em todo o território nacional. Sabemos que a realidade da política de saúde no Brasil está muito distante do estabelecido na Constituição, entretanto o Estado garante de forma precária e mínima o serviço de saúde. Mesmo com diversos problemas o Sistema Único de Saúde atende a grande maioria da população brasileira, que dependem exclusivamente dos serviços oferecidos.

Outro artigo fundamental com a análise deste trabalho é artigo nº 200 da Constituição que estabelece o seguinte, na forma da lei:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

O artigo nº 200 dispõe sobre as atribuições do SUS em diversos incisos, dos quais destaco apenas os incisos II e IV na análise desta pesquisa. O inciso II do artigo nº 200 da Constituição de 1988, determina que o Estado tem a responsabilidade de executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica no território brasileiro, ou seja, o SUS tem o compromisso de fiscalizar em todo o

território brasileiro, as doenças consideradas endêmicas, por exemplo o caso da hanseníase.

No inciso IV, determina que além das ações de vigilância sanitária, o Estado tem o dever de formular as políticas e executar as ações de saneamento básico, o qual tem uma relação direta com a condição de saúde dos indivíduos. Cabe destacar que o saneamento básico é um dos maiores desafios do país. Os indicadores sociais destacam a carência pelo serviço de saneamento básico em todas as regiões do país, com algumas diferenças entre alguns municípios. Outra lei fundamental para a análise é a nº8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. Da mesma forma que citei a Constituição de 1988, selecionei alguns artigos importantes da Lei Orgânica da Saúde, dentre eles:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

No artigo 3º, fica bastante clara a relação de fatores condicionantes e determinantes no processo saúde-doença, dentre esses fatores e condicionantes aparecem a moradia, o saneamento básico, o trabalho e a renda. Esses fatores são fundamentais para a análise específica do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase e do Projeto de Extensão (des) Mancha Brasil.

Além da Constituição Federal de 1988, da Lei 8.080/90, do Plano Integrado de Ações Estratégicas e do Guia de Vigilância Epidemiológica, selecionei a Portaria nº3.125 de 07 de outubro de 2010, que aprova as diretrizes para a vigilância, atenção e controle de hanseníase. Essa lei tem por função orientar os gestores e profissionais dos serviços da saúde, estabelecendo uma série de orientações tanto para os profissionais quanto aos gestores da saúde, informando todos os procedimentos de atenção as pessoas acometidas pela hanseníase

Na introdução consta o seguinte: “O Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase, do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes

complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo. A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso.”

Outra lei importante sobre o tema é lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007, convertida na medida provisória nº 373, que assegura a concessão de uma pensão especial e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsória em hospitais-colônia, até o dia 31 de dezembro de 1986, no valor de R\$750,00 (setecentos e cinquenta reais).

2.2. A Hanseníase como problema de saúde pública no Brasil e no mundo

Atualmente o Brasil ocupa a 2ª colocação em número de casos de hanseníase, de acordo com a tabela 1, perdendo apenas para a Índia em número de casos. De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, é registrada uma média de 47.000 novos casos da doença por ano, dos quais 23,3% apresentam grau I e II de incapacidade física. (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012)

O acometimento dos nervos periféricos é a principal característica da hanseníase, e por isso a doença ocupa um lugar de destaque entre as doenças em eliminação e é considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil.

Quadro 1. A situação da hanseníase em seis países endêmicos em 2000.

País	Casos registrados	Prevalência por 10.000 hab	Deteção em 1999	Taxa de deteção por 10.000 hab.
Índia	384.240	3,8	559.938	5,52
Brasil	77.676	4,6	41.070	2,41
Myanmar	10.389	2,3	10.286	2,26
Madagascar	8.662	5,4	8.445	5,30
Nepal	7.984	3,4	8.020	3,44
Moçambique	7.834	4,0	6.617	3,36
Total	496.785	3,9	634.376	4,92

Fonte: WHO – Weekly Epidemiological Record, January 2002

Fonte: Tabela extraída do artigo “Hanseníase no Brasil”. Marcelo GrossiAraújo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2003.

O comprometimento dos nervos periféricos causa as deformidades físicas nos casos de diagnóstico tardio, acarretando uma diversidade de problemas, entre eles a diminuição da capacidade para o trabalho, a participação social e problemas psicológicos decorrentes do estigma social e do preconceito. Cabe lembrar que a hanseníase tem tratamento e cura, entretanto faz-se necessário intensificar as campanhas de educação em saúde, com o objetivo de socializar as informações sobre a doença, com o objetivo de identificar os casos precoces da doença, evitando dessa forma as suas sequelas. (BRASIL, Guia de Vigilância Epidemiológica, 2009)

Nas últimas décadas, o governo brasileiro assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2015, estipulando a meta de menos de (1) caso para cada 10.000 habitantes. De acordo com o Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015 do Ministério da Saúde (2012), o Brasil tem apresentado decréscimo no coeficiente de detecção e prevalência de casos novos da doença, entretanto as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ainda são consideradas como endêmicas, com importantes áreas de manutenção da transmissão. Os casos de hanseníase em menores de 15 anos de

idade refletem circuitos de transmissão ativa. (BRASIL, Plano Integrado de Ações Estratégicas, 2011)

Considerada um problema de saúde pública principalmente nos países da África Central, Sudeste Asiático e América Latina, a hanseníase, segundo dados oficiais publicados em 2012, referentes a 105 países, teve incidência registrada de 219.075 casos. O número de casos novos detectados durante 2010 foi 228.474. Houve redução 4,12% (9.399 casos) quando comparados os dados de 2010 com os de 2011. Estima-se que 15 milhões de pessoas estejam em tratamento com a PQT e que 2 milhões tenham desenvolvido incapacidades (OMS, 2012)

É uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo o território brasileiro. Na ocorrência do diagnóstico, utiliza-se a ficha de notificação e investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação/SINAN (BRASIL, SINAN, 2008).

2.3. Características da Hanseníase

A hanseníase¹¹ é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica (muito longa) causada pelo bacilo denominado *Mycobacterium Leprae*, micro-organismos que acometem principalmente a pele e os nervos periféricos. O domicílio é apontado como o principal espaço de transmissão da doença. A hanseníase é umas das doenças mais antigas da humanidade, com registros de casos em 600 a.C. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014)

¹¹Conforme Lei n. 9010 de 25 de março de 1995, houve mudança na terminologia da doença, de lepra, para Hanseníase, e regulamenta a proibição da utilização do termo Lepra em instituições de saúde e afins. Essa proibição contribui, dentre outras medidas, para amenizar o preconceito e o estigma que a doença carrega historicamente.

O bacilo foi descoberto em 1873 pelo médico norueguês Amaneur Hansen, e em sua homenagem o bacilo foi chamado de bacilo de Hansen. A doença tem um passado marcante, de discriminação e isolamento compulsório das pessoas acometidas pela doença. A possibilidade mais provável de contágio da doença se dá pelo convívio prolongado com um indivíduo infectado pelo bacilo, sem tratamento e portador da forma transmissível (Multibacilar), porém, assim que se inicia o tratamento, na primeira dose da Poliquimioterapia, o indivíduo não a transmite.

Não é necessário que o indivíduo acometido pela hanseníase se afaste do convívio social e do trabalho. A população adulta é mais resistente à hanseníase, mas as crianças são mais suscetíveis ao bacilo, geralmente adquirindo a doença no convívio familiar, quando há um paciente contaminante na família. O período de incubação varia de dois a sete anos em média, os fatores predisponentes estão o baixo nível socioeconômico (condições de saneamento básico, habitacionais, desnutrição, superpopulação doméstica e a falta de vacinação infantil). Essas características explicam a incidência de casos nos países subdesenvolvidos.

Sua transmissão se dá pelo convívio íntimo e prolongado de indivíduos suscetíveis ao bacilo e na forma Multibacilar, através das vias aéreas superiores. Podemos explicitar melhor sobre a forma de transmissão da doença com a seguinte passagem:

A Hanseníase é transmissível pelas vias aérea superiores, pela liberação das secreções das vias respiratórias, porém a possibilidade de infecção é quase nula: “Esta doença é considerada de alta infectividade, baixa patogenicidade e cerca de 95% da população como um todo apresentam resistência geneticamente definida, e portanto não desenvolvem a doença mesmo em contato com pacientes contagiantes (VAN BRAKEL et al., 2005).

Os principais sinais e sintomas da doença são o aparecimento de manchas em qualquer parte do corpo, com perda da sensibilidade ao calor, frio e ao tato. Essas manchas podem ser avermelhadas, esbranquiçadas ou acastanhadas e com ressecamento. Quando os bacilos atingem os nervos, são percebidos formigamentos, dor e choque nos membros e diminuição ou perda da força muscular nos membros inferiores e superiores, no rosto e nos olhos. A perda de sensibilidade é a principal causa de diversos acidentes domésticos e de trabalho, por exemplo, queimaduras no preparo de alimentos, perfurações nos pés, entre outros.

As pessoas com perda de sensibilidade devem adotar práticas em seu cotidiano para evitar situações de riscos. Tais práticas exigem dos pacientes novos hábitos de vida, extremamente difíceis de pôr em prática no dia-a-dia. Nesse sentido, algumas unidades de saúde, implantaram grupos de autocuidado, recomendados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de estimular as práticas do autocuidado, além de ensinar aos pacientes, como realizar as práticas do autocuidado. O diagnóstico precoce é essencial para prevenir o comprometimento neural, que causam as deformidades físicas, podem ocorrer antes do diagnóstico, durante o tratamento ou até mesmo após a cura.

O diagnóstico da hanseníase é clínico, realizado pela análise da história do paciente, por exemplo, outros casos de hanseníase na residência ou bairro, pela identificação dos principais sinais e sintomas e áreas com perda de sensibilidade e em alguns casos, pela realização de exames laboratoriais, como por exemplo, a baciloscopia, procedimento feito com a coleta de parte da pele que apresenta a mancha ou perda de sensibilidade. Alguns casos de hanseníase não apresentam os sintomas clínicos (manchas e locais com perda de sensibilidade), é o caso de um

tipo específico da doença, conhecido como hanseníase neural pura, nesses casos, os exames laboratoriais são indispensáveis.

A hanseníase é dividida em duas classificações operacionais, (Paucibacilar e Multibacilar) determinadas pelo número de lesões no corpo. Os indivíduos com até cinco lesões no corpo são classificados como Paucibacilar (PB) e com mais de cinco lesões é classificado como Multibacilar (MB). Essas classificações são fundamentais para determinar o tempo do tratamento, que varia de seis meses para os pacientes Paucibacilares e de doze meses para os pacientes Multibacilares. Além das classificações operacionais, que determinam a duração e o tipo do tratamento, existem quatro formas clínicas específicas da hanseníase determinadas por algumas características próprias. Os quatro tipos específicos da hanseníase são: Indeterminada (HI), Tuberculóide (HT), Dimorfa (HD) e Virchowiana (HV). As formas clínicas Indeterminada e Tuberculóide são classificadas como Paucibacilares e a Dimorfa e Virchowiana são classificadas como Multibacilares. Podemos entender de forma mais objetiva as principais características das quatro formas clínicas da hanseníase na tabela 2.

O tratamento da hanseníase varia entre seis a doze meses, de acordo com a classificação operacional descrita anteriormente, o medicamento é distribuído em todas as unidades básicas de saúde e seu controle é realizado nos ambulatórios das unidades de saúde. A Poliquimioterapia foi implantada no Brasil na década de 1980, padronizada pela Organização Mundial de Saúde (PQT/OMS).

Quadro 2. Classificação das formas clínicas da hanseníase.

Quadro 1. Sinopse para classificação das formas clínicas da hanseníase

Características			
Clínicas	Baciloscópicas	Formas clínicas	Classificação operacional vigente para a rede pública
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos	Negativa	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (PB)
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa	Dimorfa (HD)	Multibacilar (MB) mais de 5 lesões
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

Fonte: Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Página 422, Caderno 7, p. 3)

A Poliquimioterapia é composta por uma associação de medicamentos, dentre eles estão a rifampicina, a dapsona e a clofazimina, essa associação de medicamentos é capaz de matar os bacilos, eliminando a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades físicas e interrompendo a transmissão da doença, logo na primeira dose do medicamento. É administrado com uma dose mensal supervisionada na unidade de saúde o restante da cartela de uso domiciliar. Caso o paciente não compareça a unidade de saúde para tomar a dose supervisionada a cada 20 dias, o serviço de saúde deve agendar uma visita domiciliar, com o objetivo de manter a adesão ao tratamento. Durante as consultas médicas e nas doses supervisionadas, os profissionais de saúde devem orientar aos pacientes sobre as práticas do autocuidado, fundamentais para evitar as sequelas e os acidentes de trabalho e domésticos.

Além do tratamento medicamentoso, são realizados exames complementares, dentre eles estão a avaliação do grau de incapacidade física e da

função neural. Esta avaliação deve ser realizada no momento do diagnóstico e no final do tratamento, com o objetivo de avaliar a integridade neural e o grau de incapacidade física, de acordo com um formulário padronizado pelo Ministério da Saúde. O teste é realizado com o auxílio de um conjunto de monofilamentos ou estesiômetro (Semmes-Weinstein), de cores e pesos variados.

As cores e os pesos de cada monofilamento são respectivamente: verde; azul; violeta; vermelho escuro; laranja; e rosa (0,05g; 0,2g; 2g; 4g; 10g e 300g). O teste com os monofilamentos são realizados com o toque dos fios em determinados pontos nas mãos e nos pés dos pacientes, perguntando-os se perceberam o toque de cada fio, iniciando o teste com o fio de peso mais leve. No momento em que o paciente não obter resposta ao toque do filamento, deve-se anotar no formulário a interpretação correspondente as cores.

Para verificar a integridade da força muscular, deve-se realizar um teste manual da exploração da força muscular padrão, testando a capacidade de oposição a força, a gravidade e a resistência manual. Os resultados desse teste variam de acordo com a tabela abaixo:

Quadro 3. Critérios de graduação da força muscular.

Quadro 3. Critérios de graduação da força muscular

Força		Descrição
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade, com resistência máxima
	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade, com resistência parcial
Diminuída	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade
	2	Realiza o movimento parcial
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento
	0	Paralisia (nenhum movimento)

Fonte: Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Página 423, Caderno 7, pg. 4)

As deformidades e incapacidades físicas são as maiores preocupações da hanseníase. São irreversíveis na maioria dos casos, sendo unicamente prevenidas com o diagnóstico precoce, em alguns casos é possível a reversão da função motora ou melhora da estética com as cirurgias reparadoras. Mesmo com diagnóstico precoce, os cuidados para evitar qualquer tipo de deformidade e incapacidade devem estar sendo tomados ao longo de toda a vida do indivíduo. As equipes de saúde devem estar capacitadas para orientar os pacientes quanto à prevenção das deformidades e incapacidades físicas, realizando as avaliações neurológicas e do grau de incapacidade física periodicamente, mesmo após a PQT/OMS.

As orientações sobre o autocuidado integram as diversas formas de prevenção às deformidades e incapacidades físicas. As Técnicas do Autocuidado são procedimentos simples que devem ser ensinados aos pacientes desde o diagnóstico. São técnicas que o indivíduo deverá realizar com seu próprio corpo no seu cotidiano. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem investido na capacitação de Grupos de Autocuidado nas Unidades de Referência no tratamento de hanseníase, com o objetivo de fomentar a capacidade de desenvolver nos pacientes a necessidade de incorporar as práticas do Autocuidado no dia-a-dia dos pacientes.

2.4. A Política de enfrentamento da Hanseníase

O Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 2012, com o estabelecimento de

um conjunto de doenças que necessitam de ações estratégicas para a sua eliminação como problema de saúde pública ou redução drástica do número de casos.

O Plano Integrado contempla um conjunto de doenças consideradas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como negligenciadas e/ou relacionadas com a pobreza. De acordo com as pesquisas apresentadas pela Vigilância Epidemiológica tais doenças coexistem em localidades com condições sanitárias e habitações precárias. (BRASIL, Ministério da Saúde, Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, 2012)

A principal característica do atual Plano de eliminação da hanseníase e outras doenças se verificam nas estratégias de busca ativa de novos casos da doença, diagnóstico precoce e tratamento imediato. O Ministério da Saúde tem o compromisso de alcançar a eliminação da hanseníase até o ano de 2015, com a meta de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Embora o Brasil tenha apresentado uma queda no coeficiente de detecção entre 2001 e 2010 de 35,1%, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda são consideradas áreas endêmicas, com grande percentual de casos em menores de 15 anos, apontando circuitos ativos de transmissão –(BRASIL, Ministério da Saúde, Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, 2012)

De acordo com o Plano integrado de ações estratégicas de eliminação (2012), a principal estratégia para alcançar a eliminação da hanseníase está no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados.

Recomenda ainda a formalização de parcerias com centros colaboradores para o diagnóstico, tratamento e pesquisa em hanseníase com o objetivo de

alcançar a exatidão no diagnóstico. Além dessas parcerias, o Plano determina que o Estado identifique médicos da atenção básica, capacitados e motivados para se articularem com os médicos especialistas vinculados aos centros colaboradores e o profissional da rede básica de cada região de saúde. Nesse sentido, todas as regiões de saúde com municípios prioritários deverá haver um médico generalista apoiando os outros profissionais da rede nos casos de diagnósticos que demandam investigações mais complexas e no acompanhamento das intercorrências terapêuticas. (Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, 2012)

Um complemento das estratégias do Plano é a articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), com a realização de ações educativas que divulguem para os alunos quais os sinais e os sintomas da doença, a busca ativa de novos casos entre os escolares e seus contatos intradomiciliares. As ações devem ser realizadas em escolas de ensino fundamental e em locais de relevância epidemiológica. (Fonte: Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, 2012)

A missão do Plano (2012) é contribuir com os estados e municípios brasileiros para desenvolver e executar planos integrados locais de eliminação da hanseníase e outras doenças em eliminação em todo território brasileiro, promovendo ações de saúde pública e de inclusão social, de acordo com os princípios norteadores do SUS e com os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM/PNUD). Foram estabelecidos 4 princípios norteadores para as ações, descritas a seguir: possibilidade (tool-ready) de eliminação da hanseníase, da filariose linfática, da esquistossomose e da oncocercose e como problema de saúde pública e do tracoma como causa de cegueira; disponibilidade de intervenções adequadas e custo-efetivas para a redução drástica das geohelmintíases; compromisso do

governo brasileiro de eliminar a pobreza extrema e o compromisso do Ministério da Saúde em priorizar o enfrentamento das doenças em eliminação como parte da política de redução da extrema pobreza.(Fonte:Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, 2012)

O objetivo geral do Plano é de promover o desenvolvimento e implantar políticas públicas integradas e interprogramáticas efetivas e baseadas em evidências para a redução das cargas das doenças em eliminação. Foram definidos oito objetivos específicos relacionados ao conjunto de doenças contempladas no Plano, sendo que apenas um objetivo específico para a eliminação da hanseníase. O objetivo específico correspondente a hanseníase é de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2015, reduzindo a prevalência a menos de um caso para 10.000 habitantes. (BRASIL, Ministério da Saúde, Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, 2012).

Foram estabelecidas quatro metas para alcançar a eliminação da hanseníase no Plano Integrado (2012): (1) alcançar a prevalência de menos de para 10.000 habitantes; (2) alcançar e manter o percentual de 90% de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2015; (3) aumentar a cobertura de exames de contatos intradomiciliares para $\geq 80\%$ dos casos novos de hanseníase até 2015 e (4) reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos até 2015.

Além do estabelecimento de estratégias, das metas, da missão e dos objetivos, o Plano Integrado (2012), apontou um conjunto de desafios para o conjunto das doenças em eliminação e para a hanseníase. O principal desafio para o conjunto de doenças em eliminação é promover o acesso da população ao

diagnóstico precoce e o tratamento oportuno na atenção primária da saúde, além da adoção de medidas coletivas e estratégias recomendadas para a eliminação dessas doenças.

Os desafios específicos para a eliminação da hanseníase são: (a) buscar novas estratégias técnico-políticas que promovam impacto na endemia, com destaque aos 253 municípios prioritários; (b) promover o desenvolvimento de ações que favoreçam o diagnóstico precoce na faixa etária de menores de 15 anos de idade; (c) assegurar que a atenção ao doente de hanseníase na rede básica de saúde seja respaldada por uma rede de referência e contra-referência; (d) manter a vigilância dos serviços de saúde nos municípios com diferentes níveis de endemicidade; (e) garantir a logística de abastecimento de medicamentos em todo o país; (f) articular com a Secretaria de Assistência à Saúde a garantia de treinamento dos profissionais do SUS nas ações de diagnóstico e tratamento de casos e de educação em saúde, com ênfase no autocuidado, para o atendimento sistemático e contínuo dos doentes na rede básica de saúde; (g) desenvolver parcerias eficazes baseadas em confiança mútua, igualdade e unidade de propósito com organizações não governamentais, entidades civis e religiosas; (h) mobilizar organizações não governamentais, entidades civis e religiosas para a redução do estigma e discriminação contra as pessoas com hanseníase e suas famílias e (i) assegurar o financiamento para o desenvolvimento de ações específicas pelo CGHDE.

Sobre o monitoramento e a avaliação e das ações do Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase e outros agravos (2011-2015), o Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde elaboraram um sistema de monitoramento e avaliação das ações, utilizando ferramentas próprias. As

ferramentas de monitoramento a avaliação são fundamentais para indicar a necessidade atualização da programação de atividades estipuladas no plano.

Foram utilizados cinco indicadores de monitoramento e a avaliação, são eles: (1) verificar a redução da carga de hanseníase: proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano; (2) proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; (3) coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes; (4) coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes e (5) o coeficiente de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes.

O orçamento do plano se constitui pelo repasse financeiro da Secretaria de Vigilância em Saúde, através de piso fixo e variável. A sustentabilidade financeira do plano se concretiza pela programação orçamentária específica da área técnica, através do Plano Anual de Trabalho da Secretaria de Vigilância em Saúde. Em novembro de 2011 foram identificados 796 municípios prioritários dos agravos para receberem incentivos financeiros através do piso variável da Secretaria de Vigilância em Saúde, com o intuito de fortalecer as ações de vigilância. Na tabela abaixo podemos visualizar o total dos gastos com cada agravo, nos 796 municípios, dos quais, 258 são prioritários de ações de hanseníase.

Tabela 4. Orçamentário do Plano Integrado.

Agravos	Municípios	Valor Global
Hanseníase	258	R\$ 16.360.000,00
Tracoma	237	R\$ 5.122.000,00
Geohelmintíases	79	R\$ 1.175.000,00
Esquistossomose / Geohelmintíases	120	R\$ 1.720.000,00
Esquistossomose	102	R\$ 1.490.000,00
Total	796	R\$ 25.867.000,00

Fonte: Tabela 2 - Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

O orçamento do Plano integrado de ações é complementado com outras fontes de recursos, dentre elas estão o Tesouro Nacional (R\$17.000.000,00); Termos de Cooperação OPAS (2.899.900,00) e o Piso Variável de Vigilância em Saúde – repasse fundo a fundo, totalizando o valor de (R\$ 45.786.900,00). A importância em destacar a questão orçamentária refere-se à necessidade de articular as ações voltadas ao enfrentamento da doença à compatibilidade de disposição de recursos para a área, bem como, de garantir a interface entre as ações na área da saúde (pelos programas e projetos que integram o plano) e as ações nas outras políticas sociais, sobretudo, as que compõem a Seguridade Social.

CAPÍTULO III

Determinantes sociais em saúde e indicadores

Neste capítulo pretendemos apresentar a discussão atual sobre os determinantes e iniquidades sociais em saúde, dados e indicadores sobre a hanseníase e saneamento básico no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, além de algumas percepções sobre os pacientes atendidos no Programa de Hanseníase do HUCFF entre os anos de 2011 e 2013. Por fim estabelecemos a relação entre a Seguridade Social no processo saúde-doença das pessoas acometidas pela hanseníase.

3.1. O debate sobre os determinantes sociais em saúde

Ao longo do capítulo II apresentamos as características da hanseníase e as políticas do governo para o controle e a eliminação da doença no território brasileiro. Neste capítulo pretendemos estabelecer a relação entre condições sanitárias das populações brasileiras com a distribuição dos casos de hanseníase, apresentando os indicadores sobre a doença com tabelas e gráficos do serviço de saneamento básico no país e do coeficiente de detecção.

A discussão sobre os determinantes sociais em saúde é fundamental para entender que a distribuição da doença no país, é condicionada por um conjunto de fatores econômicos e sociais que produzem as doenças de forma diferenciada nos diversos territórios.

De acordo com Buss e Pellegrini (2007) no artigo “A saúde e seus determinantes sociais”, publicado na revista *Physis*, os autores relatam as diversas definições sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS):

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alteradas através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p.78)

Considerando a relevância do debate sobre os determinantes sociais em saúde, no ano de 2006, foi criado no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde (CNDSS), aprovado pelo Decreto Presidencial de 13/03/2006, com regimento interno aprovado pela Portaria MS/1358, de 23/06/06. A comissão é integrada por importantes intelectuais e personalidades do país, nomeados pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 532, de 14/03/06. Dentre os integrantes da Comissão destaca-se o ex-reitor e professor da UFRJ, Aloísio Teixeira. (Fonte: <http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp> - acesso em 26/11/2014)

Além do debate sobre os determinantes sociais em saúde, a CNDSS realiza uma importante discussão sobre as “iniquidades em saúde”. Entende-se por iniquidades e as desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são evitáveis, injustas e desnecessárias, de acordo com a definição de Margareth Whitehead. (FIOCRUZ, 2014)

Podemos apreender que as iniquidades em saúde integram os determinantes sociais em saúde. Os DSS são um conjunto heterogêneo de fatores que determinam a condição de saúde de contingentes populacionais. As iniquidades em saúde estão relacionadas especificamente com as desigualdades sociais, geradas pela falta distribuição de renda de um determinado país e pela carência de acesso principalmente aos serviços básicos.

No caso do Brasil o fardo é duplo, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza há grandes setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Além da renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos menores que 2 dólares por dia. O tema da pobreza também vem chamando a atenção de muitos autores, o que vem gerando uma mudança na maneira como a entendemos e nas formas para combatê-la. Para estes autores, a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos. Nesta situação a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída. (Fonte: Secretaria Técnica da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde/OMS – acesso no site: <http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm> - 26/11/14)

Embora o governo brasileiro incentive o debate sobre os DSS, as respostas a essas problemáticas não se efetivam com a mesma força. Pelo contrário, as diferenças entre os mais ricos e os mais pobres se acentua cada vez mais. A resposta do governo brasileiro na tentativa de amenizar tal situação se expressa no crescimento do Programa Bolsa Família e outros programas de transferência direta de renda para as famílias que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza no país.

Por mais que o Programa Bolsa Família tenha apresentado resultados significativos, contemplando aproximadamente 45,8 milhões de pessoas e melhorando a situação do país em vários aspectos, principalmente na área da saúde e na educação referentes às condicionalidades, o programa não altera o problema central do país, a extrema desigualdade social e a distribuição de riqueza.

Em contrapartida ao crescente investimento no programa de transferência de renda vivenciamos um processo de precarização das políticas de Seguridade Social, discutido ao longo do primeiro capítulo.

Entendemos que o maior desafio do país em amenizar os determinantes sociais em saúde é a conjugação de políticas que alterem significativamente a distribuição de renda do país e a melhoria das condições de vida da população em todo o território, principalmente na ampliação dos serviços básicos de saúde, nas condições de saneamento básico, coleta de lixo e na qualidade da água.

3.2.A hanseníase tem “endereço” e “classe social”: a distribuição da doença no Brasil e nos municípios do Estado do Rio de Janeiro

Neste tópico pretendemos apresentar os indicadores da hanseníase nas regiões do país, nos estados e nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

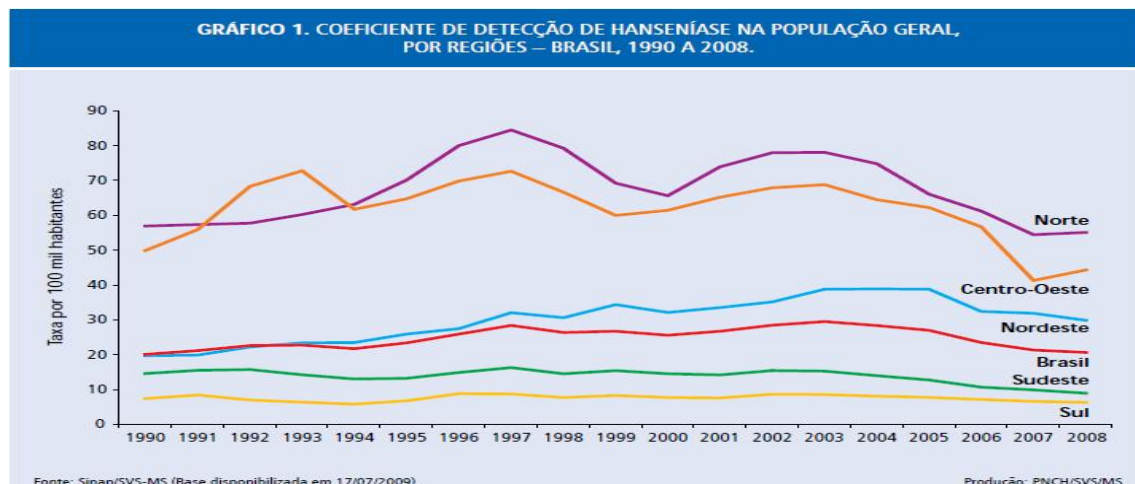
A hanseníase se integra ao conjunto de doenças negligenciadas, tais como HIV/AIDS, Tuberculose e Malária, são doenças endêmicas principalmente em países pobres, como a Índia, países do continente africano e outros em desenvolvimento. Essas doenças acometem principalmente as localidades conhecidas como “bolsões de pobreza”. São consideradas como negligenciadas pelos baixos investimentos para a erradicação destas doenças, além da falta de interesse dos grandes centros de pesquisa e do Governo em pesquisas e mecanismos de erradicação, por se tratar de uma doença que acomete principalmente as camadas mais pobres da população.

Quando afirmamos que a hanseníase tem “endereço” e classe social, temos como referência alguns indicadores que apontam a incidência dos casos da doença nas regiões mais pobres do país. Esses indicadores apontam taxas elevadas de detecção de casos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, de acordo com o gráfico 1.

Os parâmetros de classificação do coeficiente de detecção de casos são definidos da seguinte forma: coeficientes maiores ou iguais a 40,00 casos por 100.000 habitantes, classificado como “hiperendêmico”. De 20,00 a 39,99 casos, “muito alto”. De 10,00 a 19,99 “alto”. De 2,00 a 9,99, “médio”, e menos de 2,00 casos é considerada como “baixo” (Ministério da Saúde, 2011)

Esses indicadores foram construídos a partir da base de dados do SINAN/SUS, entre os anos de 1990 e 2008. Cabe destacar que as três regiões do Brasil identificadas com alto quantitativo de casos de hanseníase, também fazem parte de outros rankings de indicadores sociais, dentre eles a mortalidade infantil, o serviço de esgotamento sanitário, tratamento de água e coleta de lixo entre outros, dos quais não selecionei para a análise deste trabalho.

Gráfico 1. Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral do Brasil-1990 a 2008.



Fonte: Hanseníase no Brasil: Dados e indicadores selecionados. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, D.F, 2009.

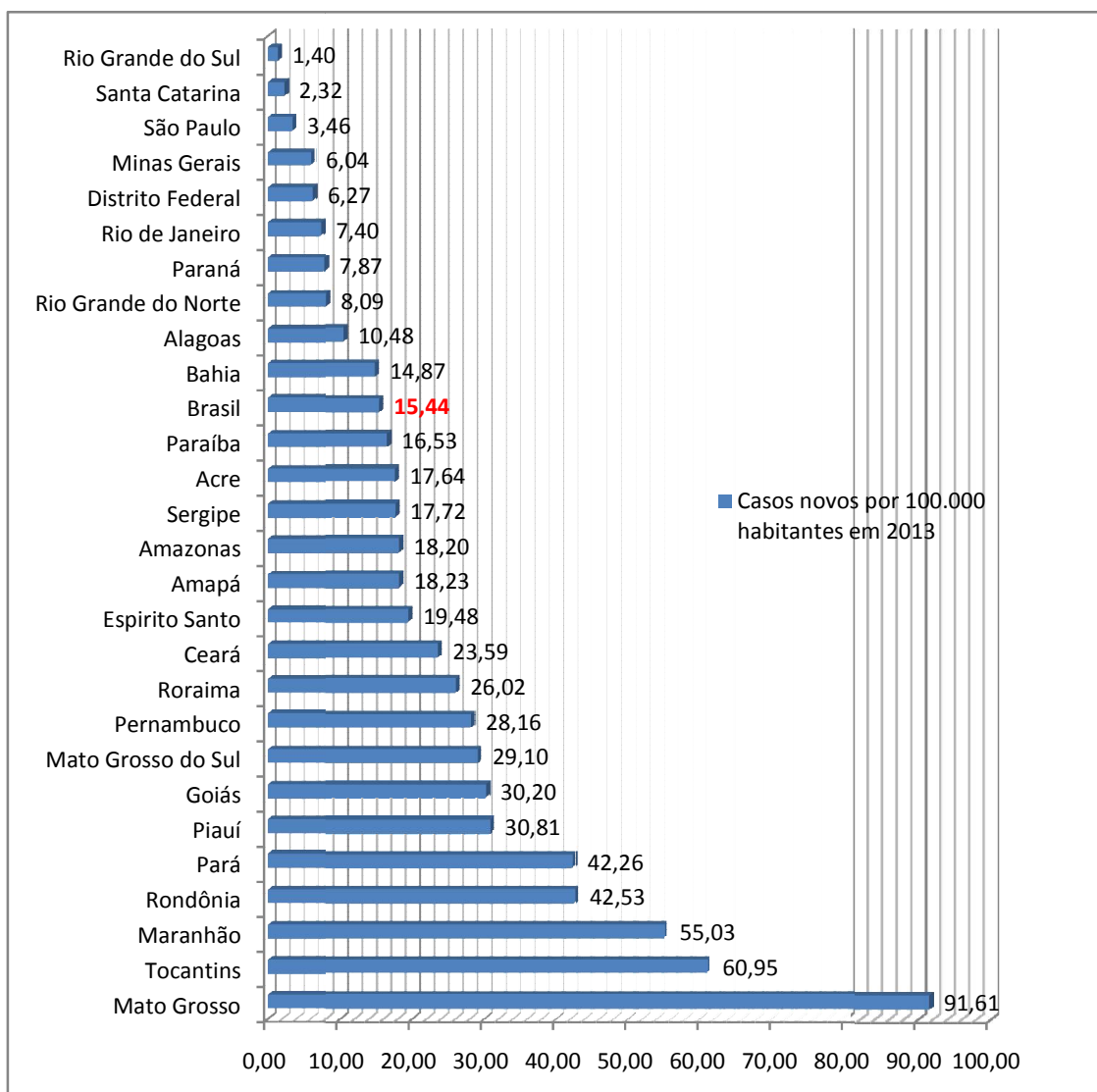
As três regiões do país apresentam o coeficiente de detecção classificado como “muito alta”, segundo os parâmetros oficiais do Ministério da Saúde. A região Norte lidera o coeficiente de detecção de casos, em seguida a região Centro-Oeste e por último a região Nordeste. A região Sul não apresenta um coeficiente de detecção alta, considerada como uma região em processo de eliminação da doença.

No gráfico 2 visualizamos a distribuição dos casos da doença nos estados brasileiros e a média no ano de 2013, são informações mais atuais que os dados apresentados no gráfico 1. Foram obtidos na última reunião da Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ.

De acordo com o gráfico notam-se cinco estados classificados como “hiperendêmicos”: Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Rondônia e Pará. Dentre eles existem seis estados classificados como “muito alto”: Piauí, Goiás, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Roraima e Ceará. Foram classificados oito estados classificados

com coeficiente de detecção “alta”, dentre eles: Espírito Santo, Amapá, Amazonas, Sergipe, Acre, Paraíba, Bahia e Alagoas. Classificados como “médio”, seis estados: Rio Grande do Norte, Paraná, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Minas Gerais e São Paulo. Na classificação baixa são apenas dois estados, ambos da região Sul do Brasil: Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Gráfico 2. Coeficiente de detecção geral de casos novos por 100 mil habitantes. Brasil e estados- 2013.



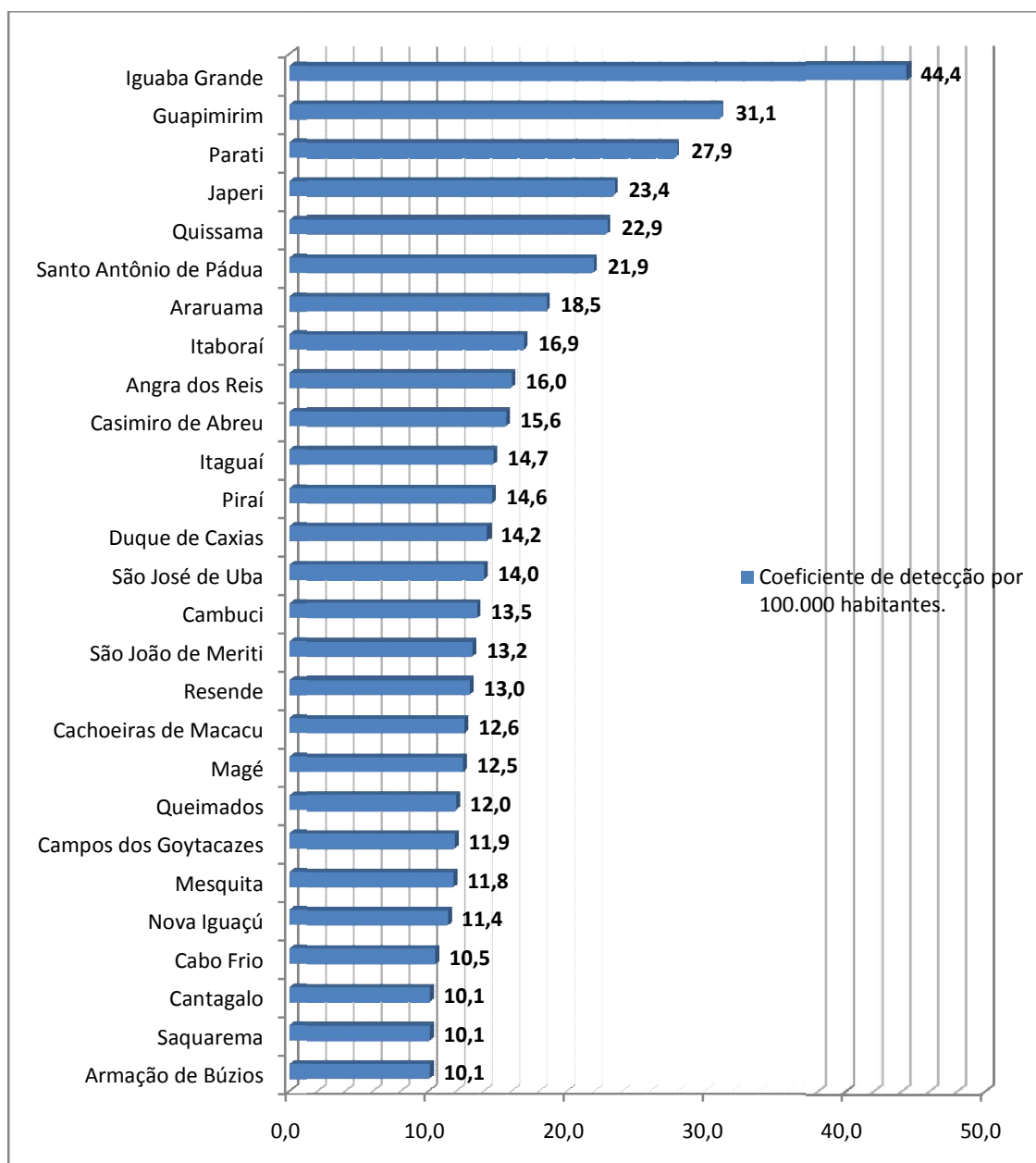
Fonte: SINAN/SVS-MS – Dados disponíveis em 02/05/2014

O gráfico 3 representa a distribuição de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes em 27 municípios do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2013. Em destaque percebemos uma concentração de casos nas seguintes regiões: Região dos Lagos, Região Serrana, Médio Paraíba, Norte, Noroeste e Baixada Fluminense. Em destaque o coeficiente de detecção de casos novos no município

de Iguaba Grande, na Região dos Lagos, apresentando 44,4/100.000 habitantes e o município de Guapimirim, na Região Serrana com 31,1/100.000 habitantes.

De acordo com o gráfico, o município de Iguaba Grande está classificado com o parâmetro “hiperendêmico”. Os municípios de (Guapimirim, Parati, Japeri, Quissamã e Santo Antônio de Pádua) estão na classificação “muito alta”. Os outros 21 municípios estão em parâmetros considerado “alto”.

Gráfico 3. Coeficiente de detecção de casos novos em 27 municípios do Estado do Rio de Janeiro 2013.

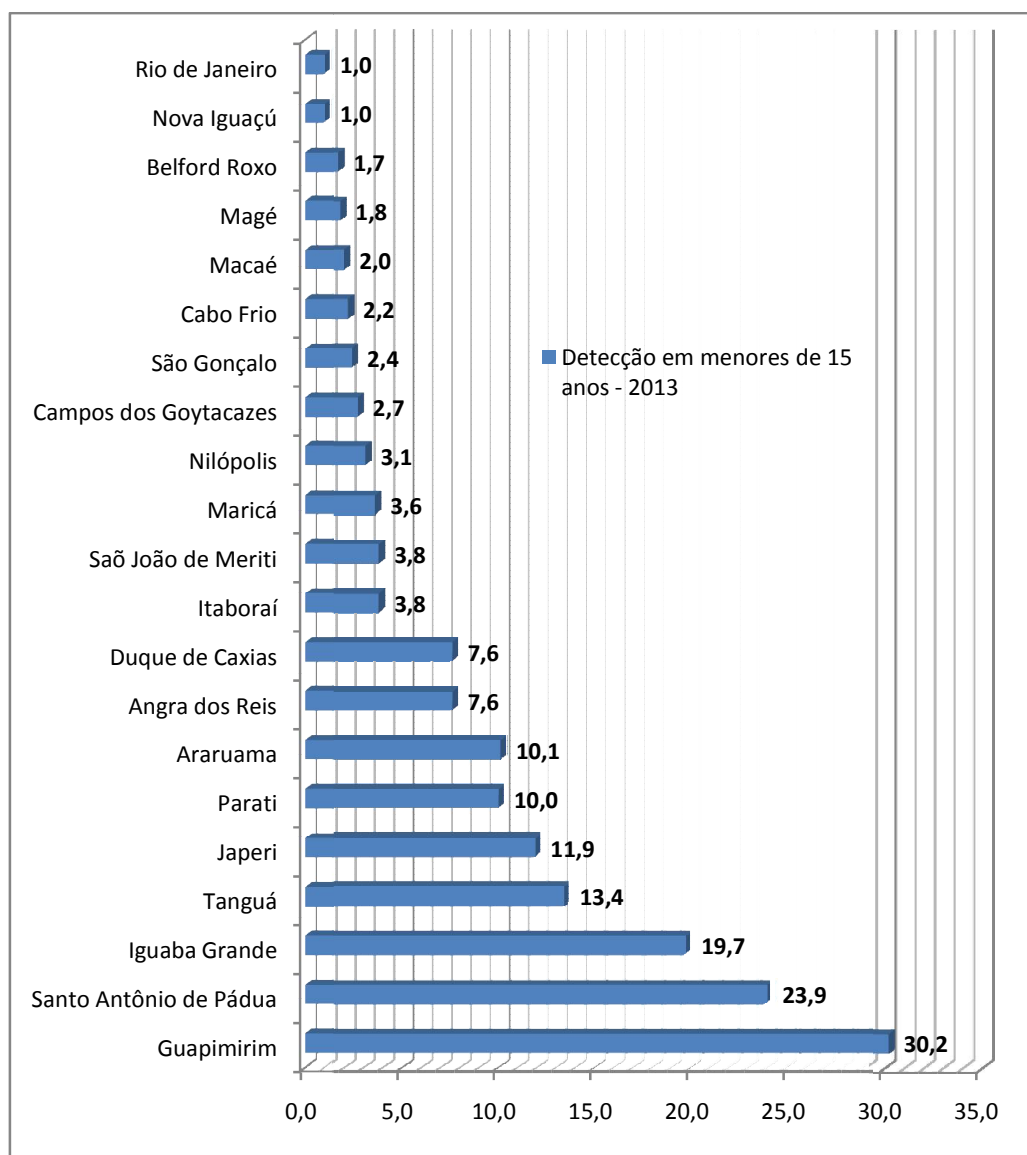


Fonte: SES/RJ – SINAN – 2013.

O gráfico 4 representa o coeficiente de detecção de casos novos da doença em menores de 15 anos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2013. Consideramos importante apresentar este gráfico devido a sua

representatividade, os casos em menores de 15 anos são indicadores importantes que demonstram a existência de circuitos ativos da doença. Cabe destacar o município de Guapimirim, com coeficiente de 30,2/100.000 habitantes.

Gráfico 4. Coeficiente de detecção em menores de 15 anos em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro– 2013.

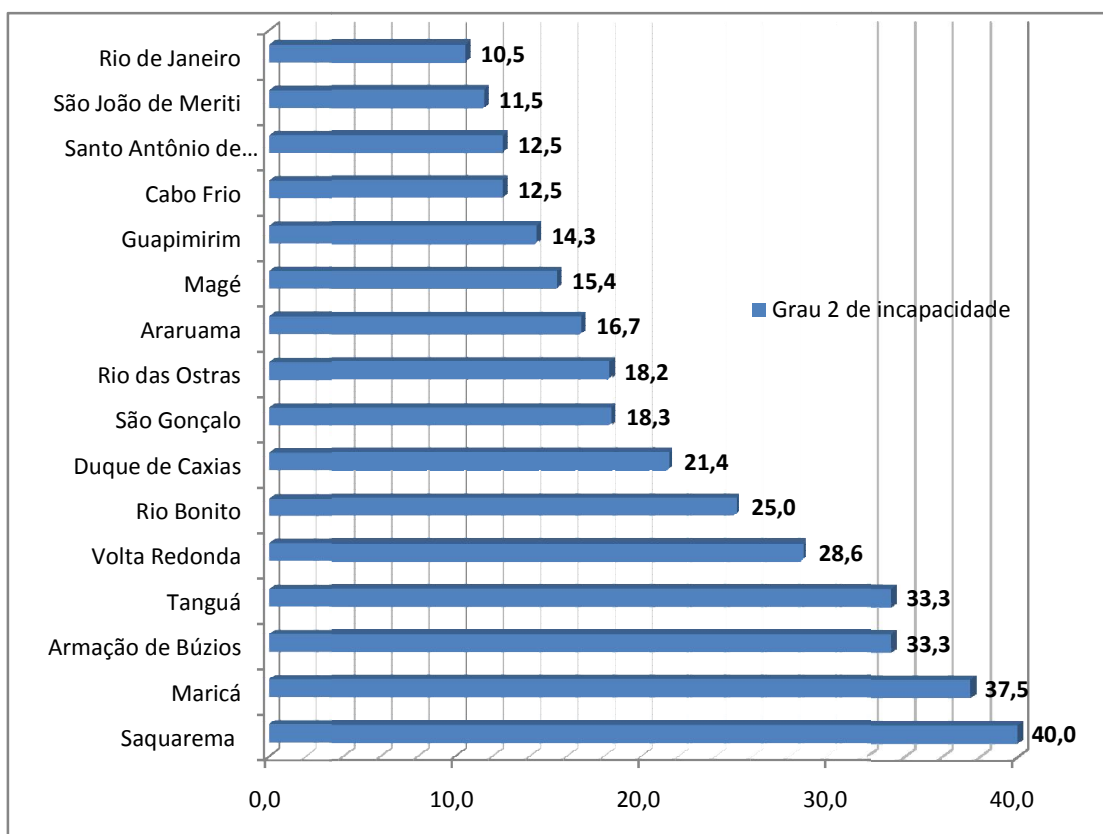


Fonte: SES/RJ – SINAN

No gráfico 5 apresentamos a distribuição de casos da hanseníase por 100.000 habitantes em dezesseis municípios com mais de 10% dos casos avaliados como grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico.

O grau 2 de incapacidade é um indicador importante que significa diagnóstico tardio da hanseníase, além de exigir um cuidado mais rigoroso e acompanhamento mais freqüente nos serviços de saúde. A incapacidade física é a maior problemática da doença, trazendo incapacidade para o trabalho, estigma social, preconceito e discriminação.

Gráfico 5. Municípios com mais de 10% de casos com grau 2 de incapacidade no diagnóstico em municípios do Estado do Rio de Janeiro em 2013.



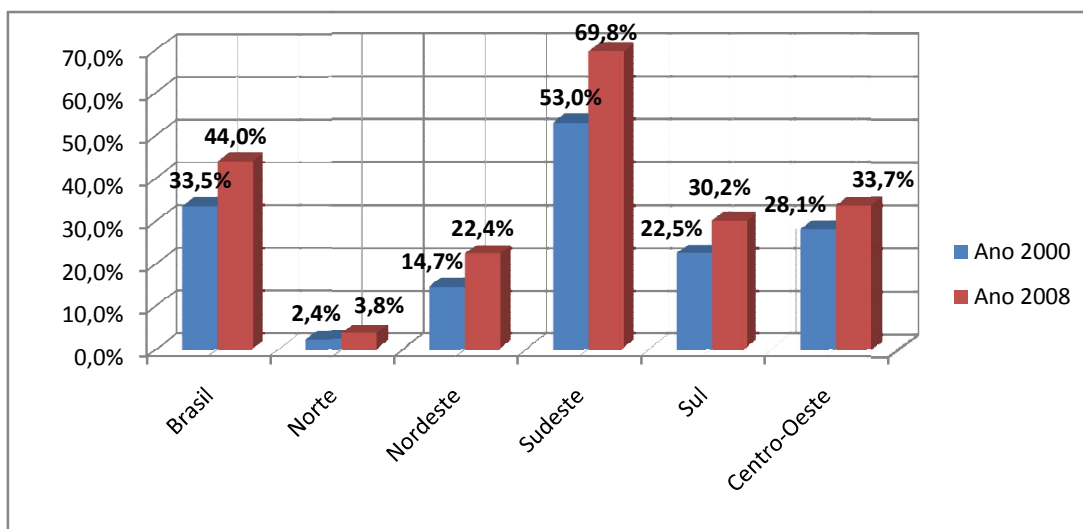
Fonte: SES/RJ - SINAN

3.2.1. Saneamento Básico no Brasil

O saneamento básico é um importante indicador sobre o estado de saúde das populações, nesse sentido apresentamos alguns gráficos representando distribuição do serviço de esgotamento sanitário nas regiões do país.

O gráfico 6 representa o percentual de domicílios com acesso ao serviço de esgotamento sanitário por regiões entre os anos de 2000 e 2008 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Gráfico 6. Domicílios com acesso à rede de esgotamento sanitário por regiões.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 200/2008.

De acordo com os dados apresentados pela pesquisa, podemos perceber uma diferença significativa entre as Regiões (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) com as Regiões (Sul e Sudeste). Entre as regiões endêmicas de hanseníase, verifica-se uma taxa de crescimento de 7,7% na região Nordeste entre os anos de 2000 e 2008.

A Região Norte apresentou o menor percentual de acesso ao serviço de saneamento básico, apresentando o percentual de 3,8% em 2008 e o menor

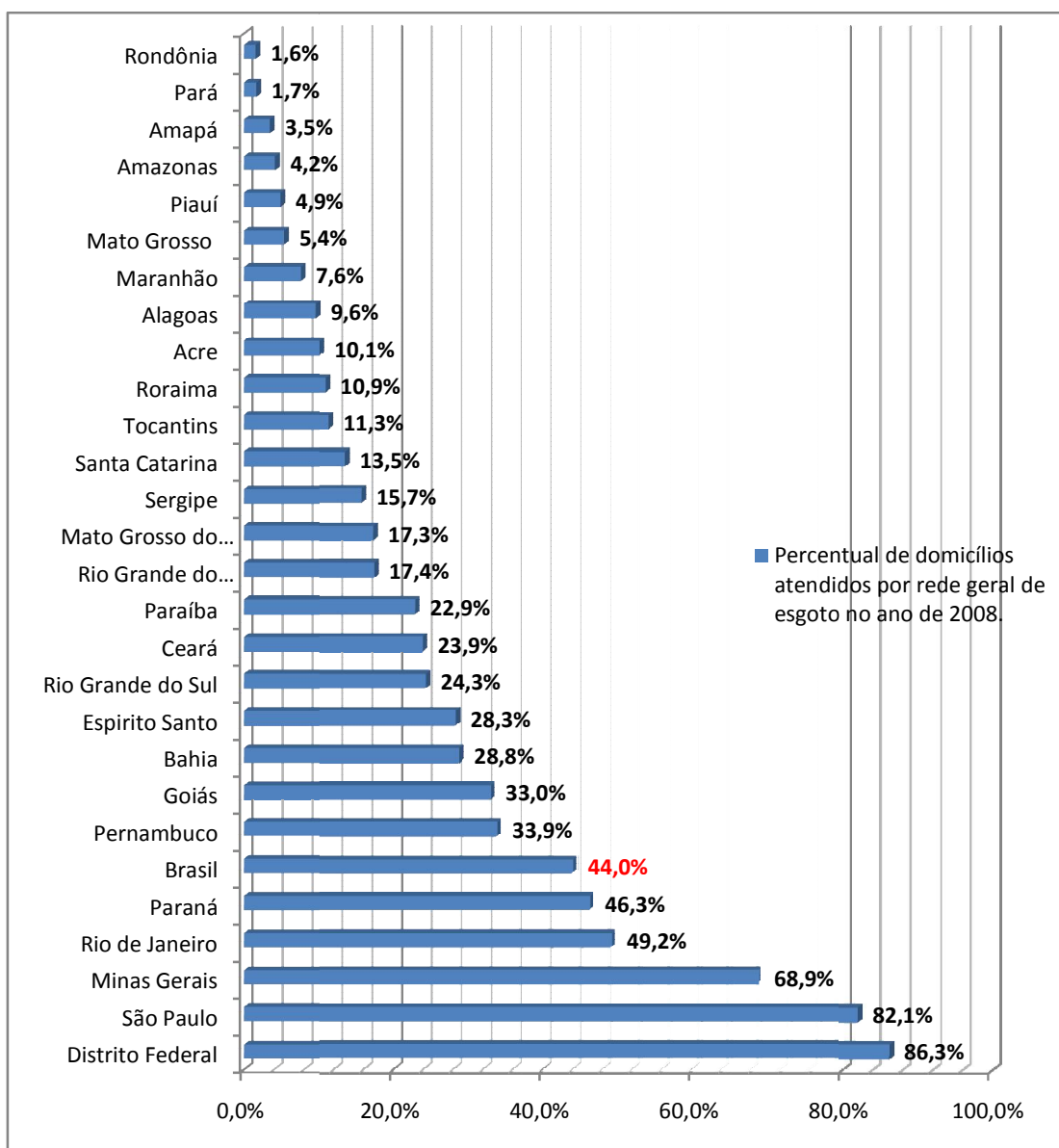
crescimento entre as regiões com acesso ao serviço, passou de 2,4% em 2000 para 3,8%. A Região Sul apresentou crescimento 7,7% no mesmo período analisado. A região Centro-Oeste apresentou um crescimento de 7,6% no mesmo período. O Sudeste tem a melhor cobertura da rede de esgotamento sanitário, com o percentual de 69,8% de acesso.

Cabe destacar que os dados sobre o acesso ao serviço de saneamento básico das regiões do país coadunam com o coeficiente de detecção de casos de hanseníase. Quanto menor o acesso ao serviço de saneamento básico, maior o percentual de casos de hanseníase em todas as regiões do país.

Esta comparação não explica o alto número de casos no país, porém indica que é necessário ampliar significativamente a qualidade de vida da população mais pauperizada do país. Além do serviço de saneamento básico, existem outros indicadores sociais que estão diretamente relacionados com a hanseníase, entre eles a coleta de lixo, a densidade demográfica e as condições habitacionais.

O gráfico 7 representa o percentual de domicílios atendidos por rede geral de esgoto no ano de 2008 por estados. Cabe destacar que apenas os estados do Paraná, Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Distrito Federal estão acima da média do Brasil, acima de 44% de domicílios atendidos por rede geral de esgoto. A unidade federativa com a maior cobertura do serviço é o Distrito Federal com 86,3% de domicílios. O estado de Rondônia apresenta a pior cobertura com apenas 1,6% de domicílios atendidos.

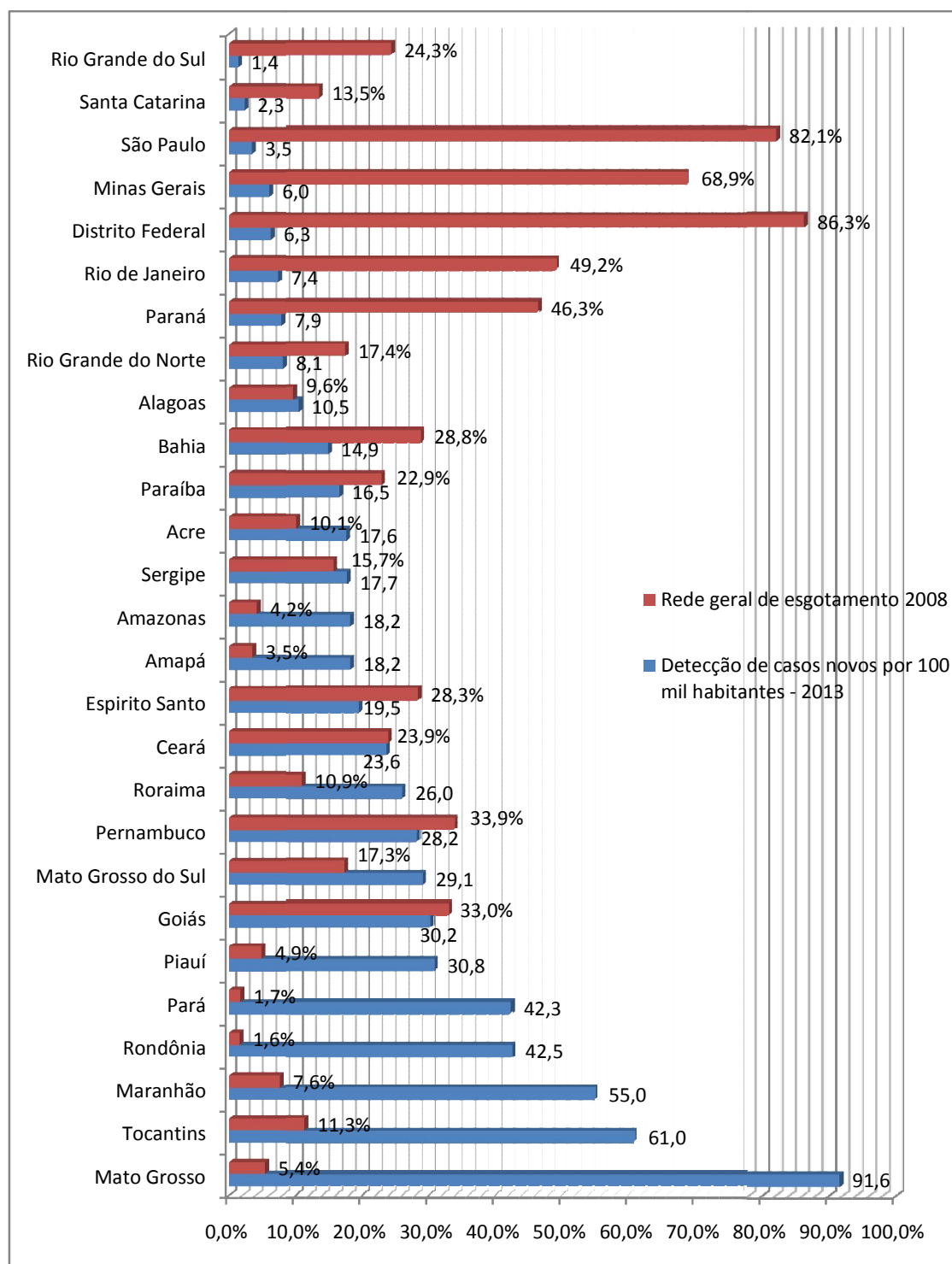
Gráfico 7. Percentual de domicílios atendidos por rede geral de esgoto no ano de 2008.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 200/2008.

O gráfico 8 é o resultado do cruzamento entre o coeficiente de detecção de casos novos da hanseníase nos estados no ano de 2013 (gráfico 2) com o percentual de domicílios atendidos pela rede geral de esgoto no ano de 2008 (gráfico 6).

Gráfico 8. Percentual de domicílios atendidos por rede geral de esgoto (2008) X Coeficiente de detecção de casos novos por 100 mil habitantes (2013).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 200/2008 e SINAN/SVS-MS – Dados disponíveis em 02/05/2014.

O indicador de cobertura da rede de esgoto se refere à última pesquisa do IBGE, não sendo possível apresentar dados mais próximos ao ano do coeficiente de casos novos de hanseníase.

O gráfico evidencia a relação direta entre as condições sanitárias das populações e a incidência de casos novos da hanseníase e outras doenças. O gráfico se apresenta de forma decrescente em relação ao coeficiente de detecção. Nota-se que a variação de casos da doença é inversamente proporcional ao percentual de domicílios atendidos por rede geral de esgoto.

O estado do Mato Grosso, na região Centro-Oeste, tem o maior coeficiente de casos novos no ano de 2013, apresentando 91,6/100.000 habitantes e a 23ª colocação em relação ao percentual de domicílios atendidos por rede de esgoto. O estado do Rio Grande do Sul tem o melhor coeficiente de casos novos em 2013, apresentado 1,4/100.000 habitantes e a 11ª colocação de cobertura de domicílios atendidos por rede de esgoto.

Os estados do Piauí, Pará, Rondônia, Maranhão, Tocantins e Mato Grosso apresentam os piores indicadores de casos de hanseníase e cobertura de rede geral de esgoto, com menos de 5% de cobertura de domicílios com acesso a rede de esgoto geral.

Os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Paraná, apresentam mais de 45% de cobertura de rede de esgoto e os melhores indicadores dos casos novos da doença do país.

3.2.2. Dados sócio demográficos de pacientes acometidos pela hanseníase no município de Nova Iguaçu

Os dados apresentados neste tópico são referentes a dissertação de mestrado de Castro (2013), sobre incapacidade física e participação social em pessoas acometidas pela hanseníase após a alta da PQT. Na pesquisa foram obtidos dados sobre a escolaridade e a classificação das grandes ocupações, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-2012). A amostra da pesquisa foi de 225 pacientes, de um universo de 1.080 de acordo com os critérios de inclusão.

Os dados foram coletados no município de Nova Iguaçu, situado na região metropolitana I, do Estado do Rio de Janeiro, com área de 521.247 km² e população estimada em 2014 de 806.177 (Fonte: IBGE, 2014). As tabelas abaixo representam o grau de escolaridade e a classificação das grandes ocupações.

Tabela 5. Escolaridade dos pacientes acometidos pela hanseníase do município de Nova Iguaçu/RJ.

Escolaridade	N	%
Analfabeto	12	5,3
1ª a 4ª série incompleta (ensino fundamental)	35	15,6
4ª série completa (ensino fundamental)	1	0,4
5ª a 8ª série incompleta (ensino fundamental)	88	39,1
Ensino fundamental completo	11	4,9
Ensino médio incompleto	33	14,7
Ensino médio completo	2	0,9
Ensino superior completo	2	0,9
Ignorado	41	18,2

Fonte:Fonte: Dissertação de mestrado:*Incapacidade física e participação social em pessoas acometidas pela hanseníase após alta da Poliquimioterapia.* (Castro, Luiz Eduardo, 2013)

De acordo com a tabela, nota-se um percentual elevado de pessoas com formação incompleta do ensino fundamental (39,1%). Em relação ao ensino superior

completo verifica-se um percentual baixo de apenas (0,9%). Quanto ao ensino médio completo e incompleto somados verifica-se o percentual de (15,6%). Quanto ao analfabetismo verifica-se um percentual de (5,3%), superando a soma das pessoas com o ensino médio incompleto e superior.

Esses dados demonstram de uma maneira geral a realidade brasileira em relação à escolaridade, com uma grande quantidade de pessoas analfabetas e um número insignificativo de pessoas com ensino superior completo.

Tabela 6. Grandes Grupos de Ocupações de pacientes acometidos pela hanseníase do município de Nova Iguaçu/RJ.

Grandes Grupos de Ocupações	N	%
Forças Armadas, policiais e bombeiros militares.	4	1,8
Membros superiores do poder publico, dirigentes de organizações de interesse publico e de empresas e gerentes.	2	0,9
Profissionais das ciências e das artes.	9	4
Técnicos de nível médio.	8	3,6
Trabalhadores de serviços administrativos	5	2,2
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comercio em lojas e mercados.	78	34,7
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e da pesca.	1	0,4
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.	1	0,4
Trabalhadores de manutenção e reparação	20	8,9

Fonte: Dissertação de mestrado: *Incapacidade física e participação social em pessoas acometidas pela hanseníase após alta da Poliquimioterapia*. (Castro, Luiz Eduardo, 2013)

Sobre os grupos de ocupações da pesquisa, percebe-se um alto percentual de pessoas ocupando funções de vendedores no comércio em lojas e mercados, com o percentual de (34,7%), seguido de trabalhadores do ramo de manutenção e reparação (8,9%). Em relação às profissões de ensino médio-técnico e profissões

relacionadas a ciências e artes, verifica-se o percentual de (3,6%) e (4,0%) respectivamente. No que tange as ocupações de membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público, empresas e gerentes, alcançam o percentual de (0,9%), correlacionadas com o percentual de pessoas com o ensino superior completo, citado na tabela anterior.

3.2.3. Percepções sobre os pacientes atendidos pelo Programa de Hanseníase do HUCFF/UFRJ

Neste tópico pretendemos apresentar algumas percepções e dados sobre os pacientes atendidos pelo Programa de Hanseníase do HUCFF. Dentre as informações notam-se alguns fatores em comum, dentre eles a região de procedência e a classe social. A grande maioria dos pacientes é proveniente da Baixada Fluminense e da zona oeste do Rio de Janeiro. São pessoas de classe social de baixa renda, com escolaridade entre o ensino fundamental e o médio.

Embora não apresentando dados coletados dessa população, as informações apresentadas no decorrer deste capítulo são oriundas de observações durante os atendimentos do Serviço Social e da convivência com os pacientes nas reuniões do Grupo de Autocuidado em Hanseníase do HUCFF.

Além das experiências citadas, participei de uma pesquisa¹² em conjunto com alunos da Medicina e da Fisioterapia, com o objetivo de discutir sobre as limitações das atividades e a capacidade para o trabalho das pessoas acometidas pela hanseníase.

¹² Título da pesquisa: Identificação das limitações das atividades e da capacidade para o trabalho de pessoas acometidas pela hanseníase (2013). Coordenado pelo Prof. Dr. Felipe José Jandre dos Reis e Dra. Maria Kátia Gomes.

Nos questionários desta pesquisa continham perguntas sobre qual o tipo de renda e trabalho, se recebiam algum benefício social e uma auto avaliação sobre a capacidade para o trabalho. Esta pesquisa encontra-se em fase de análise dos dados, entretanto é possível apontar algumas tendências observadas ao longo do trabalho, dentre elas:

(1) A maioria dos pacientes entrevistados não exerce nenhum tipo de atividade laboral, devido às complicações geradas pela doença; (2) Por causa das deformidades e incapacidades físicas os pacientes necessitam de acompanhamento contínuo no serviço de fisioterapia; (3) alto número de pacientes que recebem algum tipo de benefício social, principalmente o Auxílio-Doença, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a aposentadoria por invalidez, o Vale Social e o Rio Card Especial (benefícios de gratuidade de passagens intermunicipal e do município do Rio de Janeiro respectivamente; (4) Uma quantidade considerável de pacientes, por meio de auto-avaliação, disseram não estarem em sua melhor capacidade para o trabalho ou totalmente incapazes em uma escala que varia de 0 a 10. Com base na pesquisa em andamento realizada com os pacientes do HUCFF em 2013/14; (5)A importância do Grupo de autocuidado em hanseníase na prevenção das incapacidades e deformidades físicas, e (6)Grande quantidade de pacientes provenientes da Baixada Fluminense e da Zona Oeste do Rio de Janeiro. Este dado corrobora com o baixo percentual de saneamento básico e alta densidade demográfica, precária qualidade da coleta de lixo, dentre outros indicadores.

Durante a participação no Projeto de Extensão (des) Mancha Brasil, os bolsistas e os profissionais realizavam visitas domiciliares aos pacientes em tratamento ou pós-alta do tratamento, com o objetivo de examinar os comunicantes, que são as pessoas que moram no mesmo domicílio do paciente. Esta atividade

integra o conjunto de estratégias para a eliminação da hanseníase, pois se constitui em importante ferramenta para a detecção precoce da doença.

Nessa atividade os alunos da medicina eram responsáveis pelos exames clínicos nos comunicantes, em busca de sinais e sintomas da hanseníase, e em casos de suspeita da doença, eles eram encaminhados para a unidade de saúde mais próxima da residência para realizar um exame com o dermatologista a fim de confirmar a doença e iniciar o tratamento.

Os acadêmicos do Serviço Social tinham um papel fundamental nas visitas domiciliares, na orientação das práticas do autocuidado aos pacientes e no encaminhamento para os equipamentos da política de assistência social, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) nos casos de vulnerabilidade social. Nos casos avaliados como graves, os pacientes eram encaminhados para os serviços de referência da região ou para o HUCFF, para serem atendidos no ambulatório da dermatologia ou no serviço de fisioterapia.

As condições de moradia observadas durante as visitas domiciliares foram fundamentais para a escolha do tema da pesquisa. As mesmas eram realizadas na Baixada Fluminense, sobretudo no município de Nova Iguaçu e a principal característica da maioria das residências era a carência de acesso ao serviço de esgotamento sanitário. A acessibilidade em algumas casas era precária, inclusive em residências de idosos com graves problemas de saúde além da hanseníase. O ambiente, da maioria das casas, revelou-se extremamente insalubre – sem ventilação, iluminação adequada, poucos cômodos e muitos moradores –, e constatou-se a ocorrência de casos de hanseníase e outras doenças transmissíveis (a exemplo a tuberculose), em vários membros de uma mesma família. O que

comprova que, essas doenças têm relação direta com as condições socioeconômicas e sanitárias em que vivem as populações de regiões endêmicas.

Outra característica é a aglomeração urbana, com uma quantidade expressiva de residências em pequenos espaços. Além disso, percebemos em diversas localidades o despejo de esgoto a “céu aberto” e coleta de lixo precária.

3.3. Os rebatimentos do neoliberalismo na garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase

Neste tópico pretendemos discutir sobre os rebatimentos das contrarreformas da Seguridade Social na garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase.

No capítulo I expusemos de forma resumida as tendências das políticas de Seguridade Social no Brasil com as propostas do Projeto Neoliberal. Nesse sentido percebemos o quanto a Seguridade Social foi precarizada e diversos serviços passaram por processos de privatização, por exemplo, a saúde e a previdência social. Devido às sequelas temporárias e permanentes da hanseníase, essas pessoas necessitam recorrer aos benefícios da previdência e da assistência social para dar continuidade ao tratamento e se manterem até a recuperação do estado de saúde, daí a opção em retratar, como foram realizadas no primeiro capítulo, as tendências referentes a essas políticas.

Em relação ao perfil dos pacientes atendidos no programa de hanseníase do HUCFF, nota-se uma quantidade considerável de pessoas que estavam inseridas em atividades informais do mercado de trabalho e sem contribuir para a previdência

social. Estando na condição de não segurados da previdência social, tornam-se beneficiários do BPC e dos programas de transferência de renda do governo.

Uma das tendências criadas pelo projeto neoliberal é a transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil, exaltando as ações das ONGs e das empresas de filantropia empresarial (empresas com responsabilidade social). Dentre as principais entidades da sociedade civil, destacam-se o Movimento de Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase (MORHAN) e a Fundação Paulista Contra a Hanseníase. Além da existência de diversas instituições filantrópicas que prestam apoio social às pessoas acometidas pela hanseníase.

Os programas de transferência de renda assumem um papel central na diminuição da situação de pobreza e extrema pobreza no Brasil, sendo essenciais para o atendimento e melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas pela hanseníase, por estarem dentro das condicionalidades exigidas pelos programas.

Esses elementos – referentes às tendências das políticas sociais no contexto neoliberal, que refletem na qualidade e oferta dos serviços, na definição de condicionalidades e critérios de acesso aos mesmos, bem como na execução orçamentária – relacionados à questão da desigualdade social, discrepâncias na malha urbana das regiões mencionadas no estudo, contribuem para a continuidade do alto coeficiente de casos de hanseníase no país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil em pleno século XXI ainda é o segundo país no mundo com mais casos de hanseníase, mesmo após 30 anos da descoberta da cura, na década de 1980, com a implantação dos esquemas poliquimioterápicos. Além do tratamento e da cura, o país desenvolve políticas de erradicação e controle da hanseníase, envolvendo as universidades, as organizações da sociedade civil, dentre outros atores interessados em executar ações que promovam o esclarecimento sobre a gravidade desta doença, informando principalmente sobre os sinais e sintomas.

Com o advento do tratamento e da cura, alguns estados brasileiros conseguiram alcançar a erradicação da doença, com indicadores abaixo de 1 caso para cada 10.000 habitantes, entretanto, a realidade do país ainda está aquém do esperado, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Ao longo do trabalho expusemos os indicadores sobre as condições de saneamento básico da população brasileira e o percentual de domicílios com acesso a rede geral de esgotamento sanitário nas regiões e estados do país. Percebemos de maneira geral, que o país não atingiu níveis toleráveis na cobertura dos serviços de saneamento básico, dispondo de investimentos insuficientes para o desenvolvimento desta política.

Sobre os indicadores sociais, percebemos que apenas alguns estados apresentam um percentual considerável de cobertura da rede de esgotamento sanitário, dentre eles estão: o Distrito Federal (86,3%), São Paulo (82,1%), Minas Gerais (62,9%), Rio de Janeiro (49,2%) e Paraná (46,3%), com percentual acima de 45% de domicílios atendidos. Entretanto, cabe ressaltar que inclusive nesses

estados, existem municípios que expressam um contraste em relação aos indicadores de saneamento básico.

Todavia podemos entender que uma das maiores dificuldades do país em ampliar a cobertura dos serviços de saneamento básico são as dimensões intercontinentais e o alto crescimento demográfico, entendendo que para analisar esse dado, devemos compreender o saneamento básico para além da disponibilidade de rede de esgoto, mas também, relaciona-se à existência de água potável, coleta regular de lixo, dentre outros elementos. Mesmo considerando esta realidade, o descaso nos investimentos em saneamento básico em alguns estados do país não é justificável. Apontamos como exemplos estados com menos de 10% de acesso à rede geral de esgoto sanitário, dentre eles estão: Alagoas (9,6%), Maranhão (7,6%), Mato Grosso (5,4%), Amazonas (4,2%), Amapá (3,5%), Pará (1,7%) e Rondônia (1,6%). Percebemos que os estados que possuem a menor cobertura da rede geral de esgoto sanitário têm os piores indicadores de hanseníase.

Entendemos que a hanseníase é uma das expressões das condições socioeconômicas e do resultado dos determinantes e iniquidades sociais da saúde. São consequências de um longo processo histórico de desigualdades sociais que se refletem no papel exercido pelas regiões na conformação da ordem socioeconômica do país e que refletiram nos índices de desenvolvimento urbano e na omissão do governo brasileiro em investimentos em infra-estrutura, saneamento básico, habitação e oferta de serviços de saúde, principalmente na atenção primária em saúde.

A preocupação do governo brasileiro em eliminar a hanseníase e outras doenças, com a execução de políticas específicas de erradicação e controle destas, não se mostra uma alternativa eficiente, devido a manutenção de casos da doença, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Mesmo nos estados que possuem ampla cobertura do serviço de saneamento básico, coexistem alguns municípios com alto número de casos, como por exemplo, as regiões da Baixada Fluminense e a Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, a Região dos Lagos e o Norte Fluminense.

Com isso posto, consideramos que as políticas de eliminação da hanseníase e outras doenças, são extremamente necessárias, contudo não conseguem atingir os seus objetivos por si só. É necessário que exista uma efetiva articulação entre as diversas políticas, dentre elas a de saneamento básico, de habitação, de saúde, de educação, de forma igualitária em todos os estados e municípios do país. Além da articulação entre estas políticas é fundamental reverter a situação de extrema desigualdade social no Brasil.

Por mais esforços que o governo brasileiro tenha realizado para alcançar o objetivo de eliminar a hanseníase em todo o território brasileiro, estaremos sempre vivendo com esse problema de saúde pública enquanto não aconteça uma mudança radical nas respostas do governo em tratar a saúde pública, não apenas de forma curativa, mas intensificando a prevenção, que não se realiza apenas com educação em saúde, e sim na resolução dos determinantes e iniquidades sociais em saúde. São mudanças estruturais na forma de pensar a saúde pública no Brasil que podem trazer mudanças efetivas, ou seja, acreditamos que os investimentos em saneamento básico, habitação, emprego e renda trazem resultados para uma melhor condição de saúde da população. Além disso, entendemos que investir

nessas áreas resulta em menores gastos com as políticas de Seguridade Social em longo prazo.

Dessa forma, concluímos este trabalho com algumas propostas para o processo de eliminação da hanseníase. Acreditamos que somente é possível alcançar a eliminação através de mudanças políticas estruturais na condução da saúde pública no Brasil, com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, principalmente na ampliação da cobertura da atenção primária, com o crescimento da Estratégia de Saúde da Família, que se apresenta como uma alternativa bem sucedida na resolução dos principais problemas de saúde pública do país, mesmo este programa sofrendo os rebatimentos da tendência privatizante no campo da saúde (equipes provisórias, subcontratação, atendimento descontinuado), deve ser implementado como uma ação continuada, com equipe integral (enfermeiros, médicos, agentes de saúde, dentistas, dentre outros), tendo em vista sua importância, sobretudo na articulação da rede, no conhecimento das condições epidemiológicas, sanitárias, socioeconômicas do território em que se localizam.

Além disso, propomos a elaboração de um pacto nacional de saneamento básico, comprometendo todos os municípios a realizarem a ampliação do serviço, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, e municípios das outras regiões que contrastam com a realidade das metrópoles, utilizando como parâmetros os indicadores de doenças negligenciadas, como é o caso da hanseníase e outros indicadores sociais, como por exemplo, a mortalidade infantil. Esses indicadores sociais revelam o abandono do governo brasileiro na saúde pública.

Temos então duas alternativas na resolução deste problema de saúde pública: ou se investe em políticas de saneamento básico, habitação, emprego e renda, explicitados diversas vezes ao longo deste trabalho ou continuaremos a conviver com a realidade de manutenção da hanseníase e de outras doenças como problemas de saúde pública, tratadas por ações pontuais pelo governo brasileiro.

Concluimos este trabalho com a seguinte assertiva: As pessoas acometidas pela hanseníase sofrem um duplo prejuízo: São vítimas da omissão do Estado pela falta de investimento em políticas de infraestrutura e pelas desigualdades sociais e pelo acometimento da hanseníase, entendida como o resultado da conjugação da carência de infraestrutura e desigualdades sociais. Elementos a serem aprofundados em estudos e pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho / Ricardo L. Antunes. - 9. ed. - São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

_____. Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2003.

BRASIL. Casa Civil. Medida Provisória nº 11.520 de 18/set/2007.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, DF: Senado Federal.

_____. Ministério de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília, 2008.

_____. Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080 de 19/set/1990.

_____. Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.142 de 28/dez/1990.

_____. Lei Orgânica da Assistência Social: Lei nº 8.742 de 07/dez/1993.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. – Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.125 de 07/out/2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei 9.010 de 25 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm. Data de acesso: 12/12/2014.

BUSS, Paulo Marchiori et FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. Physis – Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO, Luiz Eduardo. Incapacidade física e participação social em pessoas acometidas pela hanseníase após alta da Poliquimioterapia. Rio de Janeiro, 2013.

HARVEY, David. Condição Pós-Moderna. 13ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 20ª ed. – São Paulo, Cortes, 2011.

_____. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. / Marilda Villela Iamamoto e Raúl de Carvalho. 38ª ed. – São Paulo, Cortez, 2013.

LESBAUPIN, Ivo. O desmonte da nação em dados / Ivo Lesbaupin e Adhemar Mineiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MONTAÑO, Carlos. Estado, classe e movimento social / Carlos Montañó, Maria Lúcia Duriguetto. – 2ª. ed.- São Paulo: Cortez, 2011.- (Biblioteca básica do serviço social ; v.5)

_____. Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6ª ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6ª ed. São Paulo, Cortez, 2011.

_____. O Mito da assistência sócia: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade./ Ana Elizabete Mota (org.) 4ª ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. Economia política: uma introdução crítica / José Paulo Neto e Marcelo Braz. – 4ª. ed. - São Paulo: Cortez, 2008. - (Biblioteca básica do serviço social; v.1)

_____. O desmonte da nação: Balanço do Governo FHC. In: O desmonte da nação em dados / Ivo Lesbaupin e Adhemar Mineiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

OMS. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Secretaria Técnica da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde/OMS.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde / Organizadores: Maria Inês de Souza Bravo... [et al]. – 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj-SSind, 2008

TEIXEIRA, Andréa M. Paula. Reforma e contra-reforma da Previdência Social no Brasil de hoje, 2001 – Revista Katálysis nº 5 jul./dez. 2001.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: O desmonte da nação em dados / Ivo Lesbaupin e Adhemar Mineiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SITES

<http://www.determinantes.fiocruz.br/>

<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,um-em-cada-quatro-brasileiros-esta-no-bolsa-familia,38787>

<http://www.ibge.gov.br/home/>

<http://www.planalto.gov.br/>